



Medicare y Usted 2003

Este manual contiene información importante sobre:

- Sus beneficios de Medicare.
- Cómo escoger el plan de salud que más le conviene.
- Sus derechos de confidencialidad en Medicare.
- Nuevas maneras para conseguir información.

**¿Cómo encontrar lo que necesita?
Vea el índice de la página 70.**



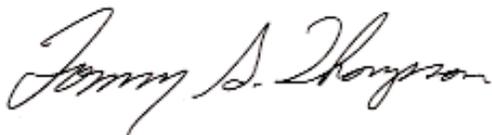
¡Bienvenido a Medicare y Usted!

La cobertura de Medicare es un recurso importante y nos sentimos comprometidos a ayudarlo a entender el programa de Medicare tanto como sea posible. Este manual es una fuente de información valiosa sobre Medicare. No importa si está inscrito en el Plan Original de Medicare o en un Plan de Medicare + Opción ofrecido por una compañía privada, queremos que tenga toda la información necesaria para aprovechar al máximo los servicios de Medicare que usted conoce y en los que confía.

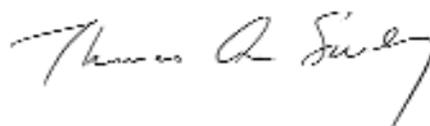
Queremos que Medicare sea más fácil para usted. Por eso:

- ✓ **Extendimos el número de teléfono 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).** Esta línea de teléfono gratis 24 horas al día, los siete días a la semana, es una GRAN expansión para el servicio al cliente de Medicare - así que podrá preguntar sobre los planes de salud, la cobertura de Medicare, encontrar un asilo de ancianos de calidad o cualquier otro tema relacionado con la cobertura de Medicare (vea las páginas 62 y 63).
- ✓ **Proveemos información en la Internet.** El sitio web, www.medicare.gov, cuenta con mucha información fiable. Hemos incluido nueva INFORMACIÓN SOBRE CALIDAD en los asilos de ancianos, centros de diálisis, planes de salud administrados y mucho más. Tenemos el compromiso de expandir nuestros esfuerzos de calidad para ofrecerle la información que necesita para SELECCIONAR EL MEJOR PROVEEDOR DE SALUD PARA USTED.
- ✓ **Expandimos la "búsqueda personalizada de Planes Medicare".** Por primera vez, puede comparar los costos del Plan Original de Medicare más Medigap frente a (los planes privados de salud) Plan Medicare + Opción para ayudarlo a seleccionar el plan correcto para usted.
- ✓ **Lo ayudamos a encontrar programas que pagan sus gastos de Medicare.** Los estados tienen programas para ayudar a las personas de bajos ingresos a pagar algunos o todos los deducibles, primas mensuales y copagos de Medicare. Para más información, vea las páginas 58 y 59.
- ✓ **Lo ayudamos a encontrar programas que pagan las medicinas recetadas.** Algunos programas pueden ofrecer descuentos o medicinas gratis. Busque en www.medicare.gov bajo "Programas de Ayuda con Medicinas Recetadas" o llame gratis al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Un programa estable de Medicare es indispensable para la salud de nuestra nación. El presidente Bush ha propuesto algunos cambios, entre ellos, el tan necesario beneficio de medicinas recetadas para fortalecer y mejorar el programa. Tenemos el compromiso de AYUDARLO CON NUESTRA AYUDA - y de lograr que el programa de Medicare funcione mejor para todos nosotros.



Tommy G. Thompson
Secretario del Departamento
de Servicios Humanos y de Salud



Thomas A. Scully
Administrador de los Centros de Servicios
de Medicare y Medicaid

“Ayúdese con Nuestra Ayuda”

Tabla de Contenido

	Lo Nuevo de Medicare	2
	Sobre este folleto	3
	5 Pasos para tener un cuidado de salud más seguro	4
Sección 1	El Programa Medicare	
	Información básica	5
	Medicare Parte A- inscripción y servicios cubiertos	6-7
	Medicare Parte B- inscripción y servicios cubiertos	8-12
Sección 2	Introducción a los planes de salud Medicare	
	¿Qué son?	19
	Elección de un plan de salud Medicare	20-22
Sección 3	El Plan Original de Medicare	
	¿Qué es y cómo funciona?	23
	Costos y cobertura de las Partes A y B	24-28
	Facturas y su Resumen de Medicare	29-33
	Asignación	34-35
Sección 4	Planes Medicare + Opción	
	¿Qué son y cómo funcionan?	37-39
	Costos de los planes	39-40
	Inscripción en el Plan Medicare + Opción	41-43
	Retiro o darse de baja del Plan Medicare + Opción	44
Sección 5	Sus Derechos Medicare	
	Derechos Medicare	49-53
	Cómo protegerse y proteger a Medicare del fraude	53-54
Sección 6	Otros Seguros de Salud y Formas de Pagar por Gastos de Salud	55-60
Sección 7	Para Más Información	
	www.medicare.gov en la Internet	61
	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)	62-63
	Folleto gratis sobre Medicare y temas relacionados	64
Sección 8	Palabras que Debe Saber	
	Donde se definen las palabras en azul	65-67
Sección 9	Índice	
	Una lista alfabética de lo que contiene este manual	70-72
Sección 10	Números Telefónicos Importantes	74-77
Sección 11	Información del Plan en el área donde vive	78-82

Lo Nuevo de Medicare

Nuevas iniciativas sobre calidad:

Un cuidado de salud seguro y de alta calidad es importante para todos. En el 2002, los Centros de Servicios Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) empezaron a brindar información sobre la calidad del cuidado en los asilos de ancianos. Actualmente, hay información disponible sobre los planes de salud Medicare y los centros de diálisis para ayudarlo a escoger un cuidado de salud de muy buena calidad. Visite www.medicare.gov en Internet. Seleccione “Compare Asilos de Ancianos”, “Búsqueda Personaliza de Planes Medicare”, o “Compare Centros de Diálisis”. Información sobre la calidad del plan de salud también se encuentra disponible llamando gratis al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Esta línea está disponible las 24 horas al día para ayudarlo con sus preguntas sobre Medicare. Los usuarios de TTY con impedimentos del habla deben llamar al 1-877-486-2048.

Información nueva: 5 pasos para un cuidado de salud más seguro (ver la página 4)
Información sobre la Asignación (ver las páginas 34-35)
Opción de beneficio para reducir la prima de la Parte B de Medicare (ver la página 40)
Reglas para inscribirse y retirarse de los Planes Medicare + Opción (ver las páginas 41-44)
Aviso sobre las Prácticas Privadas de Medicare (ver las páginas 50-53)

Si tiene cobertura de salud por medio de su sindicato o empleador:

Llame a su empleador o sindicato antes de hacerlo cualquier cambio a su cobertura de salud. Su empleador o sindicato posiblemente ofrecerá planes de salud que son distintos a los que se mencionan en este manual. Vea la página 55 y las preguntas de las páginas 13-15 y 45 para obtener información importante.

Si usted es un retirado ferroviario: Llame a su oficina local de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB, por sus siglas en inglés) para conseguir respuestas a sus preguntas sobre Medicare. Puede localizar su oficina local llamando gratis al 1-800-808-0772. Para más información sobre Medicare para Retirados Ferroviarios, busque en www.rrb.gov en la Internet.

Si necesita ayuda para pagar sus gastos de cuidado de salud: Vea la página 58 si desea información sobre los programas estatales que pueden ayudar a pagar sus primas, coseguro, o deducibles de Medicare.



Si cambia su domicilio: Llame gratis a la Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios con impedimentos del habla deberán llamar al 1-800-325-0778. Si recibe beneficios de su Junta de Retiro Ferroviario, llame a su oficina RRB local o al 1-800-808-0772.

Importante: La información de este manual era correcta al momento de su impresión. Pueden haber surgido cambios después de la impresión. Si desea la versión más actualizada, busque en www.medicare.gov en Internet. Seleccione “Publicaciones”, o llame al 1-800-MEDICARE. Un representante del servicio al cliente le puede decir si la información ha sido actualizada. Los usuarios con impedimentos auditivos y/o del lenguaje oral deberán llamar al 1-877-486-2048.

Sobre este manual

- ✓ **Por favor conserve este manual:** Este manual está vigente a partir del 1 de enero del 2003. Úselo en vez de cualquier versión más antigua que tenga. Guárdelo donde pueda encontrarlo fácilmente si es que lo necesita.
- ✓ **Para encontrar información:** El índice comienza en la página 70. Contiene una lista alfabética de los contenidos de este manual, con los números de páginas correspondientes.
- ✓ **Palabras en azul:** Las palabras importantes en letra azul se definen en las páginas 65-68.
- ✓ **Información disponible por teléfono y en Internet:** Puede recibir información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare las 24 horas al día llamando gratis al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios con impedimentos auditivos y/o del habla deben llamar al 1-877-486-2048. También puede buscar en www.medicare.gov, en Internet, información sobre los planes de salud de Medicare, la calidad de los asilos de ancianos, y programas de ayuda de medicinas recetadas.
- ✓ **Información sobre Plan de Salud local:** Los detalles sobre las opciones del plan Medicare + Opción en su área comienza en la página 78.
- ✓ **Comparta el manual "Medicare y Usted 2003":** Los hogares con hasta cuatro personas con Medicare recibirán un sólo manual para compartir. Este manual le será enviado a una sola persona. Esto ayuda a ahorrar dinero a Medicare. Si su hogar familiar recibe más de un manual, pueden optar por recibir solamente una copia en el futuro. Si quiere compartirlo, llame y dígaselo a un representante de servicio al cliente en 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227, TTY: 1-877-486-2048 para personas con impedimentos auditivos y/o del habla). Por favor tenga a mano su tarjeta blanca, azul y roja cuando llame.

"Medicare y Usted 2003" explica el programa Medicare. No es un documento legal. Las estipulaciones oficiales del programa Medicare se contienen en las leyes, reglamentos, y normas correspondientes.

5 Pasos para un cuidado de salud más seguro

1. No se quede callado si tiene preguntas o preocupaciones.

Es importante que haga preguntas y se asegure de comprender las respuestas. Elija un doctor con quien se sienta cómodo al hablar de su salud y tratamiento. Lleve a un pariente o amigo con usted, si esto lo ayuda a hacer preguntas y comprender las respuestas.

2. Haga una lista de todas las medicinas que toma.

Cuéntele a su médico y farmacéutico sobre las medicinas que toma, incluyendo medicinas que no necesitan receta tales como aspirina, ibuprofen, y suplementos dietéticos como vitaminas e hierbas naturales. Infórmeles sobre cualquier alergia que tenga a los medicamentos.

Pregunte al médico y farmacéutico sobre los efectos secundarios y qué evitar mientras toma la medicina. Cuando reciba la medicina, lea la etiqueta, incluyendo las advertencias. Asegúrese de que sea la medicina que su médico le ha recetado, y que sabe cómo usarla. Si el aspecto de la medicina es diferente al que esperaba, pregúntele al farmacéutico.

3. Asegúrese de recibir los resultados de cualquier prueba o procedimiento.

Pregúntele a su médico o enfermera cuándo y cómo recibirá los resultados de las pruebas o procedimientos. Si no los recibe cuando esperaba en persona, por teléfono, o por correo, no piense que los resultados son buenos. Llame a su médico y pídaselos. Pregunte qué significan esos resultados para su cuidado de salud.

4. Hable con su médico y otros miembros de su equipo de cuidado de salud sobre sus opciones, en caso de que necesite ser hospitalizado.

Si tiene más de un hospital para elegir, pregúntele a su médico cuál es el que tiene la mejor atención y mejores resultados respecto a su problema de salud. Los hospitales hacen buen trabajo al tratar una gran variedad de problemas. Sin embargo, para algunos procedimientos (como cirugía de bypass para el corazón), las investigaciones demuestran que los resultados son siempre mejores en hospitales que realizan un gran número de estos procedimientos. Además, antes de que se retire del hospital, asegúrese de preguntar sobre el cuidado de seguimiento, y de entender las instrucciones.

5. Asegúrese que comprende lo que pasará si necesita cirugía.

Pregunte a su médico, ¿Quién se encargará de mi cuidado mientras estoy en el hospital? Pregunte a su cirujano:

- ¿Qué es exactamente lo que va a hacer?
- ¿Cuánto demorará?
- ¿Qué pasará después de la cirugía?
- ¿Cómo me sentiré durante la recuperación?

Asegúrese de que usted, su médico, y su cirujano estén de acuerdo sobre lo que se hará exactamente durante la operación. Dígale al cirujano, anestesiólogo, y enfermera, si tiene alergia o alguna vez ha tenido una reacción negativa a la anestesia.



Sección 1

El Programa Medicare



Medicare es un programa de seguro de salud para:

- Personas de 65 años de edad o más.
- Ciertas personas con incapacidades menores de 65 años.
- Personas con Enfermedad Renal en Etapa Final (fallo permanente de los riñones que requiere diálisis o trasplante renal).

Medicare tiene dos partes:

Parte A: (Seguro de Hospital, ver páginas 6-7). La mayoría de las personas no tienen que pagar por la Parte A.

Parte B: (Seguro Médico, ver páginas 8-9). La mayoría de las personas pagan mensualmente por la Parte B.

Planes de Salud Medicare

El Medicare de hoy día trata sobre Opciones. Sus opciones de planes de salud incluyen:

El Plan Original de Medicare - Disponible en todo el país. Para más información, vea la página 23.



Planes Medicare + Opción

(Se pronuncia “Medicare más Opción”), incluyen:

- Planes de Salud Administrados Medicare (como los HMO, ver página 38).
- Planes Privados de Pago por Servicio (ver página 39).

Disponibles en muchas áreas.

El plan de salud de Medicare que usted escoja afecta muchas cosas, como sus costos, opciones de médico, beneficios (algunos tienen beneficios adicionales, como medicinas recetadas), conveniencia, y calidad (ver la página 20).

Para obtener ayuda para comparar sus opciones de planes de salud, utilice la “Búsqueda Personalizada de Planes Medicare”. Vea más detalles en la página 21.



¿Qué es la Parte A de Medicare?

La Parte A (Seguro de Hospital), le ayuda a pagar por su **cuidado de hospitalización, hospitales de acceso crítico**, y centros de enfermería especializada. También cubre cuidado de hospicio, y ciertos tipos de cuidado en el hogar. Debe cumplir con ciertos requisitos.

Costo: La mayoría de las personas no tienen que pagar una cuota mensual, llamada prima mensual, para conseguir la Parte A ya que ellos (o su cónyuge) pagaron sus impuestos de Medicare mientras trabajaban.

Si usted (o su cónyuge) no pagó impuestos de Medicare mientras trabajaba, y usted tiene 65 años o más, aún es posible que pueda adquirir la Parte A. Si no está seguro de que tiene la Parte A, fíjese en su tarjeta blanca, azul y roja de Medicare (ver muestra de tarjeta a continuación). Si usted tiene la Parte A, esta dirá “Hospital” en la esquina inferior a la izquierda de la tarjeta. También puede llamar gratis a la Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213 o a su oficina local del Seguro Social para conseguir información sobre cómo comprar la Parte A. Si recibe beneficios de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB, por sus siglas en inglés), llame a su oficina RRB local o al 1-800-808-0772.

A sample Medicare Health Insurance card for Jane Doe. The card includes the following information:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)
- NAME OF BENEFICIARY: JANE DOE
- MEDICARE CLAIM NUMBER: 000-00-0000-A
- SEX: FEMALE
- IS ENTITLED TO: HOSPITAL (PART A) and MEDICAL (PART B)
- EFFECTIVE DATE: 07-01-1986
- SIGN HERE: Jane Doe

¿Necesita reemplazar su tarjeta Medicare?

Puede pedir una nueva tarjeta Medicare en www.ssa.gov en Internet o llamar GRATIS a la Administración del Seguro Social, al 1-800-772-1213. Los usuarios TTY deberán llamar al 1-800-325-0778.

Nota: Hay versiones anteriores de esta tarjeta que son un poco diferentes. Sin embargo, todavía son válidas.



La Parte A de Medicare le Ayuda a Pagar por:

Estadías en el Hospital: Habitación semiprivada, comidas, enfermería general, y otros servicios y suministros de hospital. Esto incluye cuidado que usted recibe en [hospitales de acceso crítico](#) y servicios de salud mental para paciente interno. No incluye enfermería privada, televisión o teléfono en su habitación. Tampoco incluye una habitación privada, a menos de que sea [necesario por razones médicas](#).

Cuidado en un Centro de Enfermería Especializada: Habitación semiprivada, comidas, servicios de enfermería especializada y de rehabilitación, y otros servicios y suministros médicos (después de una estadía relacionada de 3 días en el hospital).

Cuidado de salud en el hogar: Cuidado a tiempo parcial de enfermería especializada, terapia física, terapia ocupacional, terapia del lenguaje, servicios de un auxiliar para la salud en el hogar, servicios médicos sociales, equipo médico duradero (como sillas de ruedas, camas de hospital, oxígeno, y andaderas), suministros médicos, y otros servicios.

Cuidado de Hospicio: Servicios médicos y de apoyo de un hospicio aprobado por Medicare para personas con una enfermedad terminal, medicinas para el control de síntomas y para aliviar el dolor, y otros servicios que de otra forma no cubriría Medicare. Por lo general, el cuidado de hospicio se brinda en su hogar. Sin embargo, una estadía corta en un hospital y el cuidado de relevo para paciente interno (cuidado que se le brinda a un paciente de hospicio por otro cuidador, para que descanse el cuidador de costumbre) son cubiertos cuando sean necesarios.

Sangre: Pintas de sangre que usted recibe en un hospital o centro de enfermería especializada durante una estadía cubierta.

Nota: En la página 25, encontrará información sobre los costos de estos servicios en el plan Original de Medicare.



¿Qué es la Parte B de Medicare?

* Es posible que pueda conseguir ayuda de su estado para pagar esta prima (ver páginas 58-59).

La Parte B (Seguro Médico) le ayuda a pagar los servicios del médico, cuidado para paciente ambulatorio, y ciertos otros servicios médicos que no cubre la Parte A, tal como los servicios de terapeutas físicos y ocupacionales, y ciertos servicios de salud en el hogar. La Parte B ayuda a pagar estos servicios y suministros médicos cubiertos cuando son **necesarios por razones médicas** (ver páginas 9-12).

Costo: Usted paga la prima mensual de la Parte B de Medicare de \$54* al mes en el 2002. Esta cantidad puede cambiar el 1 de enero del 2003. En algunos casos, esta cantidad puede ser más alta si usted no escogió la Parte B cuando fue elegible por primera vez al cumplir 65 años. El costo de la Parte B puede subir hasta en un 10% por cada período de 12 meses durante el cual usted pudo haberse inscrito en la Parte B, pero no lo hizo. Tendrá que pagar este 10% adicional por todo el tiempo que tenga la Parte B, con la excepción de casos especiales (ver P3 en las páginas 13-14).

Inscripción (Afiliación) en la Parte B

Su inscripción en la Parte B es su elección. Si ya recibe beneficios del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario, quedará automáticamente inscrito en la Parte B a partir del primer día del mes en el cual cumple 65 años. Si es menor de 65 años, y está incapacitado, usted quedará automáticamente inscrito en la Parte B después de que haya recibido beneficios del Seguro Social o de Retiro Ferroviario por 24 meses. Se le enviará su tarjeta de Medicare unos tres meses antes de que cumpla 65 años, o de los 25 meses de beneficios de incapacitación. Si usted no quiere la Parte B de Medicare porque tiene otra cobertura de seguro de salud, siga las instrucciones que vienen con la tarjeta.

Si no se inscribió en la Parte B cuando fue elegible por primera vez, ver P3 en las páginas 13-14.

Si elige afiliarse a la Parte B, por lo general, la **prima mensual** se descuenta de su pago mensual de Seguro Social, Retiro Ferroviario, o Retiro del Servicio Civil. En tales casos, **no** recibirá ninguna factura por su prima. Si no recibe ninguno de estos pagos, Medicare le enviará una factura por su prima Parte B cada 3 meses. Usted debería recibir su factura por la prima Medicare antes del 10 de cada mes. Si no ha recibido su factura antes del día 10 del mes, avísele al Seguro Social al 1-800-772-1213 o a su oficina local del Seguro Social. Si recibe beneficios de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB), llame a su oficina local de la RRB, o al 1-800-808-0772.



Inscripción (Afiliación) en la Parte B (continuación)

¿Tiene 65 años y sigue trabajando? Mientras tanto piensa demorar su inscripción en Medicare Parte B? Ver P3 y páginas 13-14.

Si usted está próximo a cumplir los 65 años y todavía no recibe beneficios del Seguro Social (o de Retiro Ferroviario), o de Medicare, puede solicitar ambos al mismo tiempo. Si quiere, también puede solicitar únicamente para Medicare. Puede inscribirse en la Parte B durante su Período de Inscripción Inicial. Este período comienza tres meses antes del mes en el que usted cumple 65 años, y termina tres meses después de que haya cumplido 65 años. Si espera hasta cumplir 65 años, o se inscribe durante los últimos tres meses de su Período de Inscripción Inicial, se retrasará la fecha de comienzo de su cobertura de la Parte B. Para solicitarla, puede llamar o visitar su oficina local del Seguro Social, o llamar al Seguro Social al 1-800-772-1213. Es posible, si reúne ciertas condiciones, que pueda solicitarla por medio de www.ssa.gov en Internet. Si es un empleado ferroviario o un beneficiario de la Junta de Retiro Ferroviario, llame a su oficina de RRB de su área para hacer la solicitud.

La Parte B de Medicare le Ayuda a Pagar:

Servicios Médicos y Otros: Servicios del médico (no los exámenes físicos de rutina), servicios y suministros médicos ambulatorios y quirúrgicos, exámenes de diagnóstico, tarifas de centros de cirugía ambulatoria para procedimientos aprobados, y equipo médico duradero (tales como sillas de ruedas, camas de hospital, oxígeno, y andaderas). También cubre segundas opiniones antes de una cirugía, servicios ambulatorios de salud mental, terapia física y ocupacional, incluyendo terapia del habla.

Servicios de Laboratorio Clínico: Exámenes de sangre, exámenes de orina, y más.

Cuidado de la Salud en el Hogar: Cuidado especializado a tiempo parcial, terapia física, terapia ocupacional, terapia del habla, servicios de auxiliar de salud en el hogar, servicios médicos sociales, equipo médico duradero (tales como sillas de ruedas, camas de hospital, oxígeno, y andaderas), y suministros médicos y otros servicios.

Servicios Ambulatorios de Hospital: Servicios de hospital y suministros recibidos en calidad de paciente ambulatorio, como parte de la atención de un médico.

Sangre: Pintas de sangre que usted recibe como paciente ambulatorio, o como parte de un servicio cubierto por la Parte B.

Nota: La página 26 contiene información sobre los costos de estos servicios en el plan Original de Medicare.



Servicios preventivos para ayudarlo a mantenerse saludable

Servicios Preventivos Cubiertos por la Parte B de Medicare

Quién Está Cubierto

Mediciones de Masa Ósea:

Una vez cada 24 meses para personas que cualifiquen y, más frecuentemente, si es necesario por razones médicas.

Hable con su doctor para determinar si usted cualifica.

Examen de Cáncer Colorectal:

Examen de Sangre Oculta en Materia Fecal - Una vez cada 12 meses.

Sigmoidoscopia Flexible - Una vez cada 48 meses.

Colonoscopia - Una vez cada 24 meses si presenta un riesgo alto de padecer cáncer del colon. Si no presenta alto riesgo, una vez cada 10 años, pero no dentro de 48 meses de una sigmoidoscopia flexible de evaluación (“screening”).

Enema de Bario - El médico puede utilizar esta técnica en vez de la sigmoidoscopia flexible o colonoscopia.

Toda persona con Medicare, de 50 años o más. Sin embargo, no hay límite de edad para una colonoscopia.

Servicios y suministros de Diabetes:

Cobertura de monitores de glucosa, tiras para exámenes, y lancetas.

Entrenamiento para el autocontrol de diabetes.

Toda persona con Medicare que tenga diabetes (sea o no usuario de insulina).

Ciertas personas con Medicare que presentan riesgo de complicaciones por diabetes. Su doctor u otro proveedor de cuidado de salud debe solicitar estos servicios.

Examen de Glaucoma

Una vez cada 12 meses. Debe ser hecho o supervisado por un médico de la vista que esté habilitado legalmente para ofrecer este servicio en su estado.

Personas con Medicare que presentan alto riesgo de glaucoma, incluyendo personas con diabetes o historial familiar de glaucoma, o afroamericanos que tienen 50 años o más.



Servicios preventivos para ayudarlo a mantenerse saludable

Servicios Preventivos Cubiertos por la Parte B de Medicare

Examen de Mamografía:

Una vez cada 12 meses.

Medicare también cubre las nuevas tecnologías digitales para una mamografía (“screening”).

Quién Está Cubierto

Toda mujer con Medicare de 40 años o más. Usted también puede realizarse una mamografía de base entre los 35 y 39 años.

Examen Papanicolau y Examen Pélvico: (Incluye un examen clínico de los senos).

Una vez cada 24 meses. Una vez cada 12 meses si usted presenta un riesgo alto de cáncer cervical o vaginal, o si usted está en edad de concebir y tuvo un examen Papanicolau anormal en los últimos 36 meses.

Toda mujer con Medicare.

Examen para Cáncer de Próstata:

Examen digital rectal - Una vez cada 12 meses.

Examen de antígeno prostático específico de la próstata (PSA, por sus siglas en inglés) - Una vez cada 12 meses.

Todo hombre con Medicare de 50 años y más (la cobertura comienza el día siguiente después que cumple 50 años).

Inyecciones (vacunas):

Vacuna contra la *gripe/influenza - Una vez al año en el otoño o el invierno.

Vacuna contra la pulmonía neumococal - Posiblemente una en su vida sea suficiente.

Pregúntele a su médico.

Vacuna contra la hepatitis B.

Toda persona con Medicare.

Toda persona con Medicare.

Personas con Medicare que presentan mediano a alto riesgo de Hepatitis B.

* **¿Por qué debería recibir una vacuna contra la gripe/influenza cada año?** La gripe/influenza es una enfermedad seria que puede llevar a una pulmonía/neumonía. Puede ser peligroso para las personas de 50 años o más. Usted necesita una vacuna cada año porque los virus de la gripe/influenza siempre cambian. La vacuna se actualiza cada año para que sea adecuada a los virus actuales. Además, esta vacuna sólo ayuda a protegerlo contra la gripe/influenza por aproximadamente un año.



Medicare también ayuda a pagar:

- Servicios de ambulancia cuando otro tipo de transporte pusiera en peligro su salud (ver la página 18).
- Ojos artificiales.
- Extremidades artificiales que son prótesis, y sus partes de reemplazo.
- Abrazaderas - para el brazo, pierna, espalda, y cuello.
- Servicios quiroprácticos (limitados) para la manipulación de la espina dorsal para corregir la sub-luxación.
- Cuidado de emergencia.
- Lentes - un par de marcos estándar después de la cirugía de las cataratas con lentes intraoculares.
- Terapia de medicina inmunosupresiva para los pacientes que hayan recibido trasplante, si éste fue cubierto por Medicare, o por un seguro privado que hizo el pago como pagador primario a su cobertura de la Parte A de Medicare, en un centro certificado por Medicare.
- Diálisis de riñón.
- Tratamiento para la degeneración macular del ojo (relacionado con la edad), usando terapia fotodinámica ocular.
- Servicios de terapia nutricional médica para las personas que padecen de diabetes o del riñón (a menos de que usted reciba diálisis) con un referido del médico. Estos servicios serán cubiertos por un lapso de 3 años después de un trasplante de riñón.
- Suministros médicos - artículos tales como bolsas de ostomía, vendajes quirúrgicos, férulas, escayolas, y algunos suministros para diabéticos.
- **Servicios preventivos** (ver las páginas 10-11).
- Prótesis, incluyendo prótesis de seno después de una mastectomía.
- Una segunda opinión médica (en algunos casos).
- Servicios de profesionales de la salud como trabajadores sociales clínicos, asistentes de médicos, y practicantes de enfermería.
- **Servicios de telemedicina** en algunas áreas rurales.
- Zapatos terapéuticos para las personas que padecen de diabetes (en algunos casos).
- Trasplantes - de corazón, pulmón, riñón, páncreas, intestino, médula ósea, córnea, e hígado (bajo ciertas condiciones y cuando se opere en los centros certificados por Medicare).
- Rayos X, pruebas de resonancia magnética (MRI, por sus siglas en inglés), tomografías computarizadas (CAT, scan por sus siglas en inglés), electrocardiogramas (EKG, por sus siglas en inglés), y otras pruebas de diagnóstico.



Preguntas y Respuestas Comunes

P1: ¿Cómo consigo una nueva tarjeta de Medicare si se perdió, se dañó o me robaron la que tenía?

R: Para conseguir una tarjeta nueva blanca, azul y roja de Medicare, llame a la Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778. También puede solicitar una tarjeta nueva a través de www.ssa.gov en Internet. Active “Información de Medicare”. SSA le enviará una tarjeta nueva. Si recibe beneficios de la Junta de Retiro Ferroviario llame a su oficina local del RRB o al 1-800-808-0772, o busque en www.rrb.gov en Internet.

P2: ¿Cuándo cambian las primas mensuales y los coseguros de Medicare? ¿Cómo puedo averiguar las nuevas tarifas?

R: Las nuevas tarifas para las **primas mensuales y coseguros** de Medicare entran en vigencia en enero. Si recibe beneficios del Seguro Social, o de la Junta de Retiro Ferroviario, las nuevas tarifas le serán enviadas junto con su aviso sobre el ajuste por el costo de vida en diciembre. También puede conseguir las nuevas tarifas de Medicare para el 2003 después del 1ro. de diciembre 2002, si busca en www.medicare.gov en Internet, o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

P3: ¿Qué pasa si no me inscribí en la Parte B al ser elegible por primera vez?

R: Si no se inscribió en la Parte B cuando fue elegible para Medicare por primera vez (por ejemplo, porque todavía estaba trabajando), es posible que todavía pueda inscribirse durante un Período de Inscripción General (vea a continuación) o el Período de Inscripción Especial (vea la página 14).

1. Período de Inscripción General

Este período comienza el 1ro. de enero y termina el 31 de marzo de cada año. Durante este período, puede inscribirse en la Parte B de Medicare en su oficina local del Seguro Social. Si recibe beneficios de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB), puede llamar a su oficina local del RRB o al 1-800-808-0772. Su cobertura de la Parte B comenzará el 1 de julio del año en que se inscribió. Recuerde, el costo de la Parte B puede subir en un 10% por cada período de 12 meses durante el cual usted pudo haber tenido la Parte B de Medicare y no lo hizo, y tendrá que pagar este 10% adicional mientras tenga la Parte B, con excepción de casos especiales (vea la página 14).



P3: ¿Qué pasa si no me inscribí en la Parte B al ser elegible por primera vez?
(continuación)

R: (Continuación)

2. Período de Inscripción Especial

Este período está disponible si esperó para inscribirse en la Parte B de Medicare debido a que usted o su cónyuge trabajaban, y tenían cobertura de salud de grupo por medio de su empleador o sindicato, o el de su cónyuge en base a su empleo actual.

Si esto se aplica en su caso, puede afiliarse a la Parte B de Medicare:

- En cualquier momento en que aún esté cubierto por el plan de salud de grupo de su empleador o sindicato, por medio del empleo **actual o activo** suyo o de su cónyuge, o
- Dentro de 8 meses a partir de la fecha en que termine su cobertura por medio de su plan de grupo de empleador o sindicato, o bien cuando termine su empleo (lo que ocurra primero).

Nota: Si todavía está trabajando y planea conservar su cobertura de salud de grupo por medio de su empleador, debería conversar con su administrador de beneficios para que lo ayude a decidir cuándo es el mejor momento para que se inscriba en la Parte de B de Medicare. **Cuando se inscriba en la Parte B de Medicare, comenzará automáticamente su período de inscripción abierta Medigap.** Una vez que comience este período, no puede ser cambiado o reiniciado. Si desea más detalles sobre las pólizas Medigap, ver las páginas 56-57.

Si está incapacitado y trabaja (o si tiene cobertura por un miembro de la familia que trabaje), también aplican las reglas del Período Especial de Inscripción.

Recuerde, la mayoría de las personas que se inscriben en la Parte B durante un Período de Inscripción Especial no pagan primas más altas. Sin embargo, si usted es elegible, pero no se afilia durante el Período de Inscripción Especial, podrá inscribirse únicamente durante el Período de Inscripción General (ver página 13), y el costo de la Parte B puede subir.

Para más información sobre la afiliación a la Parte A y Parte B de Medicare, llame a la Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778. Si recibe beneficios de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB) llame a su oficina local del RRB o al 1-800-808-0772.



- P4:** ¿Qué pasa si me inscribo en la Parte B a los 65 años y luego la cancelo porque yo (o mi cónyuge) estaba trabajando y tenía cobertura de salud de grupo por medio de mi empleador o sindicato? ¿Puedo retomar la Parte B sin pagar primas más altas?
- R:** Si tenía la Parte B, y luego la canceló porque usted (o su cónyuge) estaba trabajando y tenía cobertura de salud de grupo por medio de su empleador o sindicato, puede inscribirse nuevamente en la Parte B durante el Período de Inscripción Especial (ver P3, #2, en la página 14). En este caso, el costo de la Parte B no subirá cuando la vuelva a obtener. Recuerde, cuando cancela la Parte B, su cobertura termina el siguiente mes. Además, no tendrá a su disposición otro período de inscripción abierta cuando retome la Parte B.
- P5:** Actualmente tengo la Parte B, pero yo he vuelto (o mi cónyuge ha vuelto) a trabajar y ahora tengo cobertura de salud de grupo por medio de mi empleador o sindicato. ¿Qué pasa si cancelo la Parte B?
- R:** Si cancela la Parte B debido a que usted o su cónyuge está trabajando y tiene cobertura de plan de salud de grupo, puede volver a inscribirse en la Parte B en el futuro durante un Período de Inscripción Especial (ver P3, #2 en la página 14). Asegúrese de que su cobertura de salud de grupo está en efecto antes que cancele la Parte B. En este caso, el costo de la Parte B no subirá. Recuerde, cuando cancela la Parte B, su cobertura termina el siguiente mes. Además, si canceló la Parte B después de los 65 años, no tendrá otro período de inscripción abierta Medigap cuando vuelva inscribirse en la Parte B.
- P6:** Yo soy menor de 65 años y tengo ALS (Esclerosis Lateral Amiotrófica), también conocida como la enfermedad de Lou Gehrig. ¿Cuándo puedo obtener cobertura de Medicare?
- R:** Si es menor de 65 años y tiene la enfermedad de Lou Gehrig (ALS), usted puede conseguir sus beneficios de Medicare el primer mes en el cual recibe beneficios de incapacidad del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario. Si desea más información sobre beneficios de incapacidad, busque en www.ssa.gov en Internet, o llame a la Administración del Seguro Social, al 1-800-772-1213. Si recibe beneficios de la Junta de Retiro Ferroviario, busque en www.rrb.gov en Internet o llame al 1-800-808-0772.



P7: ¿Paga Medicare por medicinas recetadas?

R: El Plan Original de Medicare no cubre medicinas recetadas, con la excepción de muy pocos casos, como por ejemplo, ciertas medicinas para el cáncer. Pregunte a su farmacia si está inscrita en el programa Medicare (ver la página 35). Muchos [Planes de Salud Administrado Medicare](#) bajo el programa Medicare + Opción cubren medicinas recetadas, hasta ciertos límites en dólares (a veces por un costo adicional). Ciertas [pólizas de Medigap](#) y ciertos estados también cubren medicinas recetadas. Si desea información sobre “Programas de Ayuda de Medicinas Recetadas”, busque en Internet en www.medicare.gov (ver página 59), o llame gratis al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Puede utilizar esta herramienta para averiguar sobre sus diferentes opciones con respecto a la cobertura de medicinas recetadas, incluyendo las pólizas de los planes de salud administrados Medicare y de Medigap.

P8: ¿Medicare cubre servicios dentales?

R: Medicare no cubre cuidado dental de rutina, ni la mayoría de los procedimientos dentales como, por ejemplo, limpieza, tratamiento de caries, extracciones, o dientes postizos. La Parte A de Medicare también pagará ciertos servicios dentales que recibe mientras está en el hospital. Llame a su [Agencia de Seguros Medicare](#) si desea más información (ver página 77). Ciertos planes de salud de Medicare pueden ofrecer cobertura dental adicional.

P9: ¿Medicare cubre mis gastos si participo en una prueba o estudio clínico?

R: Sí. Medicare paga por gastos de rutina si usted participa en un estudio clínico aprobado. Los estudios clínicos prueban nuevos tipos de cuidado médico como, por ejemplo, la efectividad de una nueva medicina contra el cáncer. Las pruebas o estudios clínicos le permiten a los médicos e investigadores ver si la atención nueva funciona, y si es segura. Es importante que pregunte que gastos tendrá que asumir antes de que se inscriba en un estudio clínico. Si desea más información sobre las pruebas o estudios clínicos, consiga una copia nueva de “*Medicare y las Pruebas Clínicas*” (Publicación de CMS No. 02226-S). Vea la página 64 para detalles sobre cómo conseguir este manual.

P10: ¿Qué tipos de servicios y suministros para diabéticos cubre Medicare?

R: Los suministros y servicios para diabéticos cubiertos por Medicare incluyen:

Suministros para diabéticos: Monitor para medir la glucosa, tiras para monitorear niveles de glucosa en la sangre, lancetas y aparatos relacionados, soluciones para el control de glucosa, y zapatos terapéuticos. Pueden haber ciertos límites sobre los suministros, o la frecuencia con que los puede recibir. Debería preguntar si la farmacia o proveedor está inscrito en el programa Medicare (ver la página 35).

Servicios para diabéticos: Esto incluye entrenamiento para autocontrol de la diabetes, terapia nutricional médica, exámenes del pie, y examen para detección de glaucoma. Debe reunir ciertas condiciones para que se cubran estos servicios.

Para más información, obtenga una copia gratis de “*Cobertura de Medicare de Servicios y Suministros para Diabéticos*” (Publicación CMS No. 11022-S). Vea la página 64 para detalles sobre cómo conseguir este manual.



P11: Yo tengo más de un seguro. ¿Cómo sabré cuál es el que debe pagar primero?

R: A veces su otro seguro es el primero en pagar sus cuentas médicas, y Medicare es el segundo en pagar. Esto recibe el nombre de Pagador Secundario Medicare. Otros seguros que podrían tener que pagar primero incluyen: seguros de salud en planes de grupo del empleador bajo determinadas condiciones, seguros sin parte culpable, cualquier seguro de responsabilidad legal, beneficios por enfermedad pulmonar minera, y compensación de trabajadores. Es importante que usted le informe al médico u hospital que tiene otros seguros para que puedan enviar las facturas correctamente. Si tiene preguntas sobre quién debe pagar primero, llame al contratista de Coordinación de Beneficios al 1-800-999-1118. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-318-8782. Si desea más información, consiga una copia gratis de “*Medicare y otros beneficios de salud: Su guía sobre quién paga primero*” (Publicación CMS No. 02179-S). Vea la página 64 para detalles sobre cómo conseguir este manual.

P12: ¿Qué es un “Contrato Privado” y cómo funciona?

R: Un contrato privado es un acuerdo por escrito entre usted y un médico que ha decidido no prestar sus servicios por medio del programa Medicare. El contrato privado sólo aplica a los servicios que recibe del médico que le pidió que lo firme. No le pueden pedir que firme un contrato privado en una situación de emergencia o de cuidado de urgencia. Si usted firma un contrato privado con su médico:

- Los planes de salud Medicare no pagarán ninguna cantidad por los servicios que haya recibido.
- Tendrá que pagar lo que le cobre el médico o proveedor por los servicios que usted reciba. El **cargo límite** de Medicare no aplica en este caso.
- Los planes de salud Medicare no pagarán por estos servicios.
- No debe presentarse ninguna reclamación a Medicare porque no pagará por esta reclamación.
- Su **póliza Medigap**, si es que la tiene, no pagará nada por este servicio. Llame a su compañía de seguros Medigap antes de recibir el servicio, si tiene cualquier pregunta.
- Muchos otros planes de seguros tampoco pagarán por tales servicios.
- Su médico debe informarle si Medicare pagaría por ese servicio si es que usted lo recibiera de otro médico que participa en Medicare.
- Su médico debe informarle si él o ella ha sido excluido/a del programa Medicare.

Es importante que hable con alguien en su [Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud](#) antes de firmar un contrato privado (ver página 76).



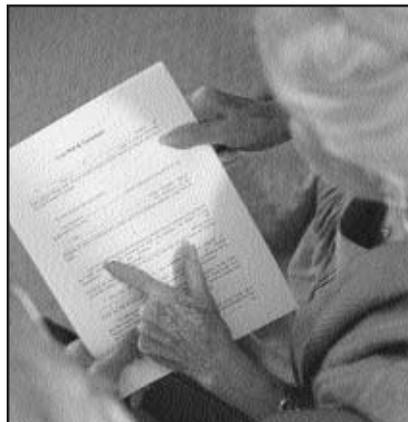
P13: ¿Puedo pagar por un servicio, si éste no está cubierto por Medicare?

R: Sí. Siempre puede elegir recibir servicios que Medicare no cubre, y pagar por ellos usted mismo. En este caso, no tiene que firmar un contrato privado.

P14: ¿Paga Medicare por servicios de ambulancia?

R: Medicare paga por los servicios de ambulancia cuando tenga que ir a un hospital o a un centro de enfermería especializada y su traslado en cualquier otro vehículo pone en peligro su salud. Medicare paga el millaje de la ambulancia hacia el hospital más cercano y al centro de enfermería especializada que brinda los servicios que necesita. Medicare no paga el transporte en ambulancia al consultorio médico. Si desea más información, obtenga una copia gratuita de “*Cobertura de Medicare de Servicios de Ambulancia*” (Publicación CMS No. 11021-S). Vea la página 64 detalles sobre cómo conseguir este manual.

Introducción a los Planes de Salud Medicare



El Medicare de hoy en día trata de opciones. Medicare está comprometido a ofrecerle diferentes maneras de recibir sus beneficios Medicare y darle las herramientas que necesita para que haga la mejor elección para usted.

¿Qué son los Planes de Salud Medicare?

Las diferentes opciones que tiene para recibir sus beneficios de Medicare reciben el nombre de planes de salud Medicare. Una opción es el plan Original de Medicare. Otra opción es el Plan Medicare + Opción (pronunciado Medicare más Opción). Las compañías privadas firman contrato con el programa Medicare para ofrecer los planes Medicare + Opción. La forma en que recibe su cuidado de salud en el programa Medicare depende del plan de salud que elija. Dependiendo del área donde vive, puede que tenga varias opciones de planes de salud.

En el 2003, Medicare ofrece los siguientes tipos de planes Medicare:

- El Plan Original de Medicare (ver la página 23).
- Planes Medicare + Opción, que incluyen:
 - Planes de Salud Administrados Medicare (como los HMO, ver la página 38) y
 - Planes Privados de Pago por Servicio (ver la página 39).

Recuerde, las palabras en azul se definen en las páginas 65-68.

Escoja la mejor opción para usted

La forma en que recibe sus beneficios de salud de Medicare afecta muchas cosas, tales como los costos, la selección de un médico, los beneficios adicionales, la conveniencia, y la calidad. Todos son importantes pero, para usted, algunos pueden ser más importantes que otros. Tiene que ver qué planes están disponibles en su área, qué ofrece cada plan, y hacer la elección que más le convenga.

Lo que escoge afectará:

Costo

¿Cuáles serán los gastos directos de su bolsillo? Encontrará más información sobre sus desembolsos desde la página 24.

Beneficios

¿Necesita beneficios y servicios adicionales, como medicinas recetadas, exámenes de la vista, aparatos de asistencia auditiva, o exámenes físicos de rutina?

Opción de médico

¿Puede consultar al médico que quiera? ¿Necesita un referido médico para ver a un especialista?

Conveniencia

¿Dónde están ubicados los consultorios médicos, y cuáles son sus horarios? ¿Hay que hacer trámites? ¿Tengo que presentar mis reclamaciones yo mismo? ¿Hay una línea telefónica gratis para obtener consejos médicos de una enfermera, u otro personal médico?

Datos sobre Calidad para Ayudarlo en su Selección

El programa Medicare mide la calidad de los servicios que reciben las personas como usted de los planes de salud Medicare. Esta información está a la disposición de todos. Para comparar la calidad de los planes de salud de Medicare en su área, busque en www.medicare.gov en Internet. Seleccione “Búsqueda Personalizada de Planes Medicare”, o llame gratis al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y pida más información sobre la calidad de planes de salud. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Ayuda paso por paso para escoger el plan de salud apropiado para usted

Escoger la cobertura de salud correcta es una decisión importante pero, a veces, es difícil. La "Búsqueda Personalizada de Planes Medicare" lo ayuda a reducir sus opciones de plan de salud de Medicare y a escoger el plan que es el mejor para usted. También puede obtener información importante sobre programas especiales que podrían ayudarlo a pagar los costos de cuidado de salud que Medicare no cubre.

Cuando utilice su "Búsqueda Personalizada de Planes Medicare", recibirá un resumen personalizado con información general que lo ayudará a comparar los planes en su área. También puede recibir información detallada sobre todos los planes disponibles en su área, o sólo sobre los que más le interesan.

Puede conseguir esta información de dos maneras:

1. Visite www.medicare.gov en Internet para conseguir los resultados más rápidos. Seleccione "Búsqueda Personalizada de Planes Medicare".
2. Llame gratis al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Para inglés, oprima "1", para español, oprima "2". Seleccione la opción "0". Un representante de servicio al cliente lo ayudará. Recibirá sus resultados por correo dentro de tres semanas.

Tendrá que responder a unas preguntas sencillas, incluyendo:

- ¿Qué parte/s de Medicare tiene? (Parte A y/o Parte B)
- ¿Qué edad tiene?
- ¿Cuál es su estado de salud general?

Si quiere información sobre programas que pueden ayudarlo a cubrir sus gastos de salud, tendrá que responder a algunas preguntas sobre sus ingresos y sus recursos.

Cualquier información que brinde se mantendrá siempre en estricta confidencialidad.

Si quiere conversar con alguien sobre sus opciones de plan de salud, llame a su [Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud](#) (ver la página 76).

Ya sea que obtenga su cobertura de salud del Plan Original de Medicare o de un Plan Medicare + Opción, usted siempre está en el programa Medicare.

El Plan Original de Medicare y los planes Medicare + Opción son parte del programa Medicare. No importa cómo escoja recibir su cobertura de cuidado de salud:

Debe tener la Parte A y la Parte B de Medicare para unirse a un plan de salud administrado o un plan privado de pago por servicio de Medicare.

- Usted recibe por lo menos todos los servicios cubiertos por la Parte A que aparecen en la página 7.
- Si paga la prima mensual de la Parte B (\$54 en el 2002), usted recibe todos los servicios cubiertos por la Parte B de Medicare que aparecen en las páginas 9-12.
- El programa Medicare le puede brindar información sobre la calidad del cuidado de los planes de salud Medicare.
- El programa Medicare paga parte del costo de sus servicios de salud.

¿Qué ocurre si tengo otro seguro o cobertura que no aparece aquí?

Muchas personas con Medicare también tienen cobertura de salud, aparte de la que tienen con Medicare. Es posible que usted tenga, o que califique para:

- Cobertura de empleador o sindicato (ver página 55),
- Una póliza Medigap (Seguro Suplementario de Medicare) (ver página 56-57),
- Beneficios de veteranos (ver página 57),
- “TRICARE for Life” (para retirados militares y sus cónyuges y sobrevivientes, ver página 58),
- Ayuda de su estado (ver Programas de Ahorro Medicare y Medicaid en las páginas 58-59),
- Programas de ayuda para medicinas recetadas (ver la página 59),
- Programa de Cobertura Total de Salud para Ancianos (PACE) ver la página 60, u
- Otros seguros como, por ejemplo, seguros de salud a largo plazo (ver página 60).



Sección 3

El Plan Original de Medicare

¿Qué es el Plan Original de Medicare?

El Plan Original de Medicare es un plan de “Pago por Servicio”. Significa que, por lo general, se le cobra una tarifa por cada servicio o suministro de salud que reciba. Este plan, administrado por el gobierno federal, está disponible en todo el país. Si usted está en el Plan Original de Medicare, utiliza su tarjeta blanca, azul, y roja cuando recibe servicios de salud (vea la tarjeta de muestra que aparece en la página 6). Si está contento recibiendo sus servicios de salud de esta manera, no tiene que cambiar nada. Permanecerá en el Plan Original de Medicare a menos de que escoja ingresar a un [plan de salud administrado de Medicare](#) o un [plan Privado de Pago por Servicio](#).

¿Cómo funciona el Plan Original de Medicare?

- Puede ir a cualquier médico, especialista u hospital que acepte Medicare. Generalmente se le cobra una tarifa cada vez que recibe un servicio.
- Si tiene la Parte A, recibirá todos los servicios cubiertos por la Parte A de Medicare que aparecen en la página 7.
- Si paga la [prima mensual](#) de la Parte B (\$54 en el 2002), recibirá todos los servicios cubiertos por la Parte B de Medicare que aparecen en la lista de las páginas 9-12.
- Usted paga una cantidad fija por sus servicios de salud ([deducible](#)) antes de que Medicare pague su parte. Luego, Medicare paga la parte que le corresponde, y usted paga la suya (el [coseguro](#) o [copago](#)).
- Después de que haya recibido un servicio de salud, recibirá por correo un Resumen de Medicare (ver páginas 29-33). Este resumen o aviso es enviado por la compañía que le maneja las facturas a Medicare. El resumen muestra la cantidad que se le puede facturar.

Recuerde, las palabras en azul se definen en las páginas 65-68.





Sus costos en el Plan Original de Medicare

Los gastos directos de su bolsillo dependerán de:

- Si su médico o proveedor está de acuerdo en aceptar la asignación (ver las páginas 34-35).
- La frecuencia con la que necesite los servicios de salud.
- Qué tipos de servicios de salud usted necesita.
- Si usted recibe servicios o suministros no cubiertos por Medicare.
- Si tiene la Parte A y la Parte B.

Nota: En la mayoría de los casos, Medicare no paga por los servicios que reciba mientras viaja fuera de los Estados Unidos (ver P3 en la página 36).

Los tablas de las páginas siguientes le muestran lo que usted paga con el Plan Original de Medicare. Para más información sobre estos servicios cubiertos, vea la página 7 para la Parte A y las páginas 9-12 para la Parte B.

Ver las páginas 55-60 si desea información sobre la ayuda para cubrir los costos que el Plan Original de Medicare no cubre.



Sección 3: El Plan Original de Medicare

La Parte A de Medicare (Seguro de Hospital) ayuda a pagar:

Estadías en el Hospital

Lo que USTED paga en el 2002 en el Plan Original de Medicare (Ver nota en la página 26)

(Para más información, vea la página 7).

Por cada período de beneficios USTED paga:

- Un total de \$812 por una estadía de hospital de 1-60 días.
- \$203 por día de 61-90 días de una estadía de hospital.
- \$406 por día de 91-150 días de una estadía de hospital. (Ver [Días de Reserva de por vida](#) en la página 65).
- Todo los gastos diarios después de los 150 días.

Cuidado en un Centro de Enfermería Especializada

Vea la página 64 para detalles sobre cómo conseguir un manual gratis o con más información.

Por cada período de beneficios USTED paga:

- Nada por los primeros 20 días.
- Hasta \$101.50 por día de 21-100 días.
- Todos los gastos después de 100 días en el periodo de beneficios.

Si tiene preguntas sobre cuidado de SNF y las condiciones de la cobertura, llame a su [Intermediario Fiscal](#) (ver página 75).

Cuidado de Salud en el Hogar

Vea la página 64 para detalles sobre cómo conseguir un manual gratis con más información.

USTED paga:

- Nada por los servicios de cuidado de salud en el hogar.
- El 20% de la [cantidad aprobada por Medicare](#) para equipo médico duradero.

Si tiene preguntas sobre sus servicios de cuidado de salud en el hogar y las condiciones de cobertura, llame a su Intermediario Regional de la Salud en el Hogar (ver página 75).

Cuidado de Hospicio

Vea la página 64 para detalles sobre cómo conseguir un manual gratis o con más información.

USTED paga: Un [copago](#) de hasta \$5 por medicinas recetadas para pacientes ambulatorios, y el 5% de la [cantidad aprobada por Medicare](#) para cuidado de relevo de paciente interno (cuidado a corto plazo que se le brinda a un paciente de hospicio, para que descanse el cuidador de costumbre). La cantidad que debe pagar por cuidado de relevo puede cambiar de año en año. Por lo general, Medicare no paga comida y habitación, excepto en ciertos casos. Por ejemplo, la comida y la habitación no se cubren si usted recibe servicios generales de hospicio mientras reside en un asilo de ancianos o en un hospicio. Sin embargo, éstos si quedan cubiertos para cuidado de relevo de paciente interno y durante estadías en el hospital a corto plazo.

Si tiene preguntas sobre el cuidado de hospicio y las condiciones de cobertura, llame a su Intermediario Regional de la Salud en el Hogar (ver página 76).

Sangre

USTED paga por las primeras 3 pintas de sangre, a menos de que usted o alguna otra persona done sangre para reponer la que usted usa.



Sección 3: El Plan Original de Medicare

La Parte B de Medicare (Seguro Médico) Ayuda a Pagar:

Servicios Médicos y Otros

Lo que USTED Paga en 2002 en el Plan Original de Medicare (Ver nota abajo de esta página)

(Para más información, vea las páginas 9-12).

Por cada año, USTED paga:

- **Deducible** de \$100 (se paga sólo una vez por año).
- 20% de la **cantidad aprobada por Medicare** después del **deducible**. (Si el médico o proveedor acepta la "asignación", ver las páginas 34-35).
- 20% de todo servicio ambulatorio de terapia física, ocupacional y del habla.
- 50% del servicio ambulatorio de salud mental. (Ver P1 en la página 36).

Servicios de Laboratorio Clínico

USTED NO PAGA nada por servicios aprobados por Medicare.

Cuidado de Salud en el Hogar

Vea la página 64 para detalles sobre cómo conseguir un manual gratis con más información.

USTED Paga:

- Nada por servicios aprobados por Medicare.
- 20% de la **cantidad aprobada por Medicare** para equipo médico duradero.

Si tiene preguntas sobre el cuidado de salud en el hogar y las condiciones de cobertura, llame a su Intermediario Regional de Cuidado de Salud en el Hogar (ver la página 75).

Servicios de Hospital para Pacientes Ambulatorios

USTED paga un **coseguro** o **copago**, que puede variar según el servicio. Vea la página 64 para detalles sobre cómo conseguir un manual gratis con más información.

Sangre

USTED paga las primeras 3 pintas de sangre, y 20% de la **cantidad aprobada por Medicare** por pintas adicionales de sangre (después del **deducible**), a menos de que usted o alguna otra persona done sangre para reponer la que usted usa.

Nota: Las cantidades nuevas para la Parte A y Parte B estarán disponibles después del 1 de diciembre del 2003. Las cantidades actuales que deberá pagar pueden ser mayores si el médico o proveedor no acepta la asignación **y es posible que usted tenga que pagar la cantidad completa en el momento de recibir los servicios**. Luego, Medicare le enviará su parte de los costos (ver página 34).

Si tiene preguntas generales sobre la Parte B de Medicare, llame a su [Agencia de Seguros Medicare](#) (ver página 77). Si tiene preguntas sobre equipo médico duradero, incluyendo suministros para diabéticos, llame a su Proveedor Regional de Equipo Médico Duradero (ver página 77).



Servicios Preventivos Cubiertos por la Parte B de Medicare

Lo que USTED paga en el plan Original de Medicare

(Si desea más información sobre la cobertura, ver las páginas 10-11).

Medición de Masa Ósea

Medición de Masa Ósea 20% de la [cantidad aprobada por Medicare](#) (o una cantidad de copago) después del [deducible](#) anual de la Parte B.

Examen de Cáncer Colorectal

Nada para los exámenes de sangre oculta en materia fecal. Para cualquier otro examen, el 20% de la [cantidad aprobada por Medicare](#) después del [deducible](#) anual Parte B. Para la sigmoidoscopia o colonoscopia, usted paga el 25% de la [cantidad aprobada por Medicare](#) si el examen se hace en el departamento ambulatorio de un hospital.

Servicios y Suministros de Diabetes

20% de la [cantidad aprobada por Medicare](#) después del [deducible](#) anual de la Parte B.

Examen de Glaucoma

20% de la [cantidad aprobada por Medicare](#) después del [deducible](#) anual de la Parte B.

Mamografía

20% de la [cantidad aprobada por Medicare](#) sin [deducible](#) anual por la Parte B.

Examen Papanicolau y Examen Pélvico

Nada por el examen Papanicolau. Para la recolección de la muestra para examen Papanicolau y exámenes pélvicos y de los senos, 20% de la [cantidad aprobada por Medicare](#) (o una cantidad de [copago](#)) sin [deducible](#) anual por la Parte B.

Examen para Cáncer de la Próstata

Generalmente, 20% de la [cantidad aprobada por Medicare](#) por un examen digital rectal después del [deducible](#) anual Parte B. No hay [coseguro](#) y no hay [deducible](#) Parte B para el examen de Antígeno Específico de Próstata (PSA, por sus siglas en inglés).

Inyecciones (vacunas)

Nada por vacunas contra la gripe y la pulmonía si el proveedor acepta la asignación (ver las páginas 34-35). Para las vacunas contra Hepatitis B, 20% de la [cantidad aprobada por Medicare](#) (o [copago](#)) después del [deducible](#) anual de la Parte B.



¿Qué es lo que no pagan ni la Parte A ni la Parte B de Medicare en el Plan Original de Medicare?

El Plan Original de Medicare no lo cubre todo. Los costos de servicios de salud que no se cubren incluyen, pero no se limitan a:

- Acupuntura.
- **Deducibles**, **coseguro**, o **copagos** cuando usted recibe servicios de salud (ver "Lo que USTED paga" en las tablas de las páginas 25-27).
- Cuidado dental y dientes postizos (salvo algunas excepciones).
- Cirugía cosmética/estética.
- Cuidado custodial (ayuda para bañarse, vestirse, ir al baño, y comer) en el hogar o en un asilo de ancianos.
- Servicios médicos que usted reciba mientras viaja fuera de los Estados Unidos (con la excepción de casos limitados).
- Aparatos de asistencia auditiva y exámenes del oído.
- Cuidado a largo plazo, como la mayor parte de la atención médica en un asilo de ancianos. (Ver P2 en la página 36).
- Zapatos ortopédicos.
- Medicinas recetadas para pacientes ambulatorios (con sólo algunas excepciones).
- Cuidado rutinario de los pies (con sólo algunas excepciones).
- Cuidado rutinario de los ojos y la mayoría de los anteojos (ver página 12).
- Exámenes físicos de rutina o anuales.
- Exámenes de evaluación con la excepción de los que se detallan en las páginas 10-11.
- Inyecciones (vacunas), con la excepción de las que se detallan en la página 11.
- Algunos suministros para diabéticos (como jeringas o insulina, a menos de que sean usados con una bomba de insulina).

Si desea más información sobre ayuda para cubrir los costos que no cubre el Plan Original de Medicare, vea las páginas 55-60.



¿Cómo se pagan mis cuentas bajo el Plan Original de Medicare?

Para los servicios de la Parte A y ciertos servicios de la Parte B:

El proveedor de los servicios cubiertos envía una reclamación a su [Intermediario Fiscal](#) o a su Intermediario Regional de la Salud en el Hogar.

Para los servicios y suministros de la Parte B:

El proveedor del servicio cubierto le envía una reclamación a su [Agencia de Seguros Medicare](#), o a su Aseguradora Regional de Equipo Médico Duradero.

Usted recibe un Resumen de Medicare (MSN, por sus siglas en inglés). NO envíe dinero a Medicare o al proveedor hasta que reciba su cuenta. El MSN enumera todos los servicios o suministros que se facturaron a Medicare en ese mes. Revise este resumen para asegurarse de que recibió todos los servicios, suministros médicos, o equipo por los cuales se está cobrando a Medicare. El MSN no es una factura.

Si tiene preguntas sobre sus cuentas, vea las páginas 75 y 77 para saber cómo conseguir números telefónicos importantes.

- ¿Tiene preguntas sobre lo que se cobra? Llame al proveedor del servicio o suministro.
- ¿Cree que el servicio que recibió debería ser cubierto? Puede hacer una apelación (ver la página 49).
- ¿Sospecha que el proveedor está siendo deshonesto? Llame a la compañía que le envió el resumen. Su número telefónico aparece en el resumen.

Nota: Usted no debería tener que tramitar ninguna reclamación de Medicare. Por ley, los proveedores y suplidores inscritos con Medicare tienen que tramitar las reclamaciones de Medicare por los servicios y suministros cubiertos que usted recibe. Si su médico o proveedor no tramita la reclamación con Medicare, comuníquese con su empresa de seguros de Medicare.

¿Cómo debo leer mi Resumen de Medicare (MSN)?

Las páginas 30-33 contienen un ejemplo de un MSN por los servicios de la Parte B, seguido por información sobre cómo leerlo. Es posible que también reciba un MSN por servicios de la Parte A y por equipo médico duradero.



EJEMPLO

Resumen de Medicare

1 16 de junio, 2003

INFORMACIÓN DE SERVICIO AL CLIENTE 2

3 Su Número Medicare: 111-11-1111A

Si tiene preguntas, llame o escriba a:

Medicare
555 Medicare Blvd. Suite 200
Medicare Building
Medicare, US XXXXX-XXXX

Número telefónico: (XXX) XXX-XXXX
1-800-XXX-XXXX

Usuarios de TTY: 1-800-XXX-XXXX

NAME 4
STREET ADDRESS
CITY, STATE ZIP CODE

5
AYUDE A COMBATIR EL FRAUDE: Proteja su Número de Medicare como si fuera el número de una tarjeta de crédito.

6 Éste es un resumen de las reclamaciones procesadas del 5/15/03 al 6/15/03.

SEGURO MEDICO PARTE B - RECLAMOS ASIGNADOS

Fechas de Servicios	Servicios Brindados	Cantidad Cobrada	Aprobado por Medicare	Medicare Pagó al Proveedor	A Usted se le Puede Cobrar	Ver Sección de Observaciones
Número de Reclamacion 12345-84956-84556		8				14
Nombre del médico, dirección, ciudad, estado, código postal	15	10	11	12	13	a
		\$55.00	\$44.35	\$0.00	\$44.35	b
03/07/03	1 Consultorio/Visita ambulatoria, ES (99214)					
7	9					

ÉSTA NO ES UNA CUENTA - GUARDE ESTE AVISO PARA SUS ARCHIVOS.

Vea la página 32 para el resto del Resumen de Medicare.

Vea la siguiente página para una explicación de los puntos enumerados 1-12.

Vea la página 33 para una explicación de los puntos enumerados 13-15.



Explicación de puntos enumerados en el Resumen de Medicare (MSN)

1. La **Fecha** en que se envió el MSN.
2. La casilla de **Información al Cliente**. Escriba o llame utilizando la información en esta casilla si tiene preguntas sobre su MSN. Para cualquier pregunta, incluya su número de Medicare, la fecha del aviso, y la fecha específica del servicio sobre el cual usted tiene preguntas.
3. Su **Número de Medicare**. Debe ser el mismo que el de su tarjeta de Medicare.
4. Su **Nombre y Dirección**. Si están incorrectos en su MSN, por favor llame inmediatamente a la compañía que aparece en la sección de servicio de información al cliente y a la Administración del Seguro Social.
5. Lea el mensaje de **Ayude a Combatir el Fraude** para conseguir información sobre cómo protegerse a y proteger a Medicare contra el fraude y el abuso.
6. **Seguro Médico Parte B - Reclamos Asignados/No Asignados**. Esta línea describe la categoría de los servicios recibidos. Le dice si es un servicio de la Parte A o Parte B de Medicare, o equipo médico duradero. Revise la parte de atrás de su MSN para una explicación de lo que es la asignación de Medicare.
7. **Fechas del Servicio**. Esto muestra cuando su médico o proveedor brindó el/los servicios que aparecen en la lista. Usted puede utilizar estas fechas para compararlas con las fechas en su cuenta del médico o proveedor.
8. A toda reclamación se le asigna un **Número de Reclamación**. Se lo pueden pedir cuando llame con preguntas relacionadas con su MSN.
9. **Servicios Brindados** es una breve descripción del servicio o suministro, el número de los servicios, y el código de servicios.
10. **Cantidad Cobrada** es la cantidad cobrada a Medicare por el proveedor del servicio o servicios.
11. **Aprobado por Medicare** es la cantidad que Medicare aprobó por los servicios que usted recibió.
12. **Medicare pagó al Proveedor**. En la mayoría de las situaciones, Medicare paga el 80 por ciento de la cantidad aprobada después de restar cualquier parte que quede por pagar del deducible anual. Para los servicios no asignados, la columna se titula Medicare le Paga a Usted.



Resumen de Medicare (continuación)

Sección de Observaciones: 16

- a Esta información se envía a su(s) agencia(s) de seguros privada(s). Envíele a ellos cualquier pregunta que tenga respecto a sus beneficios.
- b Esta cantidad aprobada fue aplicada al deducible.

Información sobre el Deducible: 17

Usted ya ha cancelado \$44.35 de su deducible de \$100 de la Parte B para el 2003.

Información General: 18

Por favor avísenos si ha habido cualquier cambio en su dirección, o si la misma está incorrecta tal y como consta en este aviso.

Información sobre Apelaciones - Parte B: 19

Si está en desacuerdo con la decisión sobre cualquier reclamación, puede presentar una apelación hasta el 16 de diciembre del 2003.

Siga las instrucciones que aparecen a continuación:

- 1) Marque con un círculo todos los puntos con los cuales no está de acuerdo, y explique por qué no está de acuerdo.
- 2) Envíele este aviso, o una copia del aviso, a la dirección que aparece en la casilla de "Servicio de Información al Cliente" en la Página 1.
- 3) Firme aquí _____ Número Telefónico (____)_____

Vea la siguiente página para una explicación de los puntos 13-19.



- 13. Podrían enviarle una factura.** Ésta es la cantidad total que al proveedor puede facturarle. Combina los deducibles, el coseguro, y cualquier otro cargo no cubierto. Si tiene seguro suplementario al Plan Original de Medicare, éste puede pagar todo o parte de esta cantidad. Pueden haber otras leyes en su estado que limitan los cargos del médico.
- 14. Ver Sección de Observaciones.** Si aparece una letra en esta columna, refiérase a la Sección de Observaciones. Por favor vea el punto 16.
- 15. Nombre y Dirección del Proveedor.** Puede aparecer más de un nombre. Si usted fue tratado por una clínica, o por un consultorio médico de grupo, puede ser que aparezca el nombre de la clínica o del grupo, seguido por el nombre del médico que brindó el servicio. Si el servicio fue recetado o referido por otro médico, también puede aparecer el nombre del médico que dio la referencia. La dirección que se muestra es la dirección donde recibirá la factura, puede ser distinta a la dirección donde usted recibió el/los servicio/s.
- 16.** La **Sección de Observaciones** brinda información más detallada sobre su reclamación.
- 17.** La sección de **Información sobre el Deducible** muestra cuánto se ha pagado de su deducible anual hasta la fecha.
- 18.** La sección de **Información General** le brinda noticias e información importantes relacionadas con Medicare.
- 19.** La sección de **Información sobre Apelaciones** provee información sobre cómo y cuándo solicitar una apelación. Vea la parte de atrás de su MSN para más información sobre cómo obtener ayuda con la solicitud de una apelación.



¿Qué es la "asignación" en el Plan Original de Medicare y por qué es importante?

La asignación es un acuerdo entre Medicare, los médicos, otros proveedores de servicios de salud, y suministradores de equipo y suministros de salud (como silla de ruedas, oxígeno, abrazaderas, y suministros de ostomía). Los médicos, proveedores, y suministradores que están de acuerdo en aceptar la asignación aceptan la **cantidad aprobada por Medicare** como pago total por los servicios y suministros de la Parte B. Usted paga las cantidades del **coseguro** y deducible. En algunos casos (como, por ejemplo, para los servicios de ambulancia cubiertos por Medicare), sus proveedores y suplidores de salud deben aceptar la asignación.

Si no aceptan la asignación, los cargos son, a menudo, más elevados. Esto significa que usted podría pagar más. Además, es posible que deba abonar la suma total en el momento de recibir el servicio. Los médicos y suministros deberán enviar su reclamación a Medicare. Medicare le enviará la parte que le corresponde del cargo.

Para la mayoría de los servicios, hay un límite sobre lo que le pueden cobrar su médico y sus proveedores. Se le llama el “**cargo límite**” a la cantidad máxima que le pueden cobrar médicos y proveedores que no aceptan la asignación, por un servicio cubierto por Medicare. Este límite es de un 15% sobre la cantidad aprobada por Medicare. El cargo límite se aplica únicamente a determinados servicios, y no se aplica ni a suministros ni a equipo.



Información Importante sobre Asignación, Medicinas Recetadas y Suministros

Si recibe medicinas o suministros cubiertos por Medicare, pregunte si la farmacia o suministrador está registrado en el programa Medicare. Si no lo está, Medicare no efectuará ningún pago.

Todas las farmacias registradas deben aceptar la asignación de las medicinas recetadas o productos biológicos cubiertos por Medicare. Si ha pagado su deducible anual Parte B de \$100, sólo tiene que pagar un coseguro de 20% cuando reciba los suministros.

Si recibe los suministros cubiertos por Medicare, pregunte a la farmacia o suministrador si está registrado en Medicare. Si lo está, debe aceptar la asignación. Si ha pagado su deducible anual de \$100 de la Parte B, sólo tiene que pagar un coseguro de 20% al momento de recibir sus suministros.

Nuevo: Todas las farmacias y suplidores de tiras para monitorear los niveles de glucosa en la sangre, registrados en Medicare, deben presentar la reclamación. Usted no puede enviar la reclamación.

Si desea más información sobre la asignación, obtenga una copia gratis de “¿Acepta su Médico o Proveedor la Asignación?” (Publicación CMS No. 10134-S). Vea la página 64 para detalles sobre cómo conseguir este manual.



Preguntas y Respuestas Comunes

P1: ¿El Plan Original de Medicare cubre los servicios de salud mental?

R: Sí. Si usted está en el Plan Original de Medicare, la Parte A cubre servicios de hospitalización para cuidado de la salud mental, incluyendo habitaciones, comidas, servicios de enfermería, y otros servicios y suministros relacionados. La Parte B cubre servicios de salud mental, que generalmente, se brindan fuera del hospital, incluyendo consultas al médico, psicólogo clínico, trabajador social clínico, y exámenes de laboratorio. Para determinados servicios de salud mental para paciente ambulatorio, Medicare paga 50% de los costos. Para más información sobre cobertura Medicare de servicios de salud mental, consiga su copia gratis de “*Medicare y sus Beneficios de Salud Mental*” (Publicación CMS No. 10184-S). Vea la página 64 para detalles sobre cómo conseguir este manual.

P2: ¿Medicare paga el cuidado en un asilo de ancianos?

R: Por lo general, no. La mayor parte del cuidado en asilos de ancianos es cuidado custodial (ayuda para bañarse, vestirse, usar el baño, y comer). Medicare no cubre este cuidado. La Parte A de Medicare cubre sólo cuidado especializado que se brinda en un centro de enfermería especializada. Debe reunir ciertos criterios para que Medicare pague este tipo de cuidado cuando sale del hospital. Si desea más información sobre cobertura Medicare de servicios de enfermería especializada, consiga su copia gratis de “*Cobertura Medicare de Cuidado en un Centro de Enfermería Especializada*” (Publicación CMS No. 10153-S). Vea la página 64 para detalles sobre cómo conseguir este manual.

P3: ¿Me cubre Medicare cuando viajo fuera de los Estados Unidos?

R: Por lo general, no. El Plan Original de Medicare no cubre cuidado de salud mientras usted viaja fuera de los Estados Unidos, con la excepción de situaciones de emergencia en México y Canadá. Algunas [pólizas Medigap](#) (vea las paginas 56-57) cubren el cuidado que se recibe fuera de los Estados Unidos. Revise su cobertura antes de viajar fuera del país.



Recuerde, las palabras en azul se definen en las páginas 65-68.

Planes Medicare + Opción

¿Qué son los Planes Medicare + Opción?

Usted puede recibir cobertura por medio del Plan Original de Medicare o los Planes Medicare + Opción. El Congreso creó el programa Medicare + Opción para brindarle más opciones, y a veces, beneficios adicionales al dejar que compañías privadas le ofrezcan sus beneficios Medicare. Sus opciones pueden incluir:

- Planes de Salud Administrados de Medicare (como los HMO), y
- Planes Privados de Pago por Servicio de Medicare.

Estos planes están disponibles en muchas partes del país. Para conseguir información sobre los planes de salud de Medicare disponibles en su área, busque en www.medicare.gov en la Internet. O llame gratis al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). También puede encontrar dicha información en este manual a partir de la página 78.

Medicare paga a estos planes privados una cantidad fija cada mes por sus servicios de salud. A cambio, el Plan Medicare + Opción administra la cobertura de salud de los beneficiarios de Medicare. Si hay planes de salud administrados de Medicare o planes Privados de Pago por Servicio disponibles en su área, usted puede afiliarse a uno de ellos, y conseguir sus beneficios cubiertos por Medicare. Al afiliarse a un Plan Medicare + Opción, a menudo puede conseguir beneficios adicionales como, por ejemplo, cobertura de medicinas recetadas o días adicionales en el hospital. El plan puede tener reglas especiales que usted debe seguir. Quizá tenga que pagar también una prima mensual para recibir los beneficios adicionales.

Si usted se inscribe en un Plan de Salud Administrado de Medicare o un Plan Privado de Pago por Servicio de Medicare:

- Todavía está en el programa Medicare.
- Todavía recibe todos sus servicios regulares cubiertos por Medicare (ver páginas 7-12).
- Es posible que también pueda recibir beneficios adicionales, como medicinas recetadas o días adicionales en el hospital.
- Todavía tiene sus derechos y protecciones de Medicare (ver página 49).

Recuerde, debe tener la Parte A y B para inscribirse en el Plan Medicare + Opción. Si ya está en un Plan de Salud Administrado de Medicare, y solo tiene la Parte B, puede permanecer en su plan.

¿Por qué algunas personas se unen a los Planes de Salud Administrados de Medicare?

Usted podría obtener beneficios adicionales como, por ejemplo, cobertura para medicinas recetadas y un mayor número de servicios preventivos para su salud y bienestar. Además, podría obtener un mejor cuidado coordinado y acceso a programas para el manejo de enfermedades. Es posible que tenga que llenar menos formularios que los Planes de Pago por Servicio de Medicare. Debería comunicarse con el plan que le interesa para conocer sus beneficios y reglas.

¿Cómo funciona el Plan de Salud Administrado de Medicare?

- Éstas son las reglas generales de cómo funcionan los Planes de Salud Administrados de Medicare. Los planes podrían tener pequeñas diferencias en algunas de estas reglas, por eso es importante que llame a su plan.
- En la mayoría de los Planes de Salud Administrados de Medicare, hay doctores y hospitales que se unen al plan (lo que se conoce como "la red" del plan). Es posible que necesite obtener la mayor parte de sus cuidados y servicios de la red del plan. Llame a su plan para ver cuáles doctores y hospitales pertenecen al plan.
- Cuando se inscriba al plan, le pedirán que seleccione un **doctor de cuidado primario**. Si quiere cambiar su doctor de cuidado primario, puede pedirle al plan los nombres de otros doctores en su área que pertenecen a su plan.
- Los doctores pueden unirse o darse de baja de un Plan de Salud Administrado de Medicare en cualquier momento. Si su doctor se retira del plan, se le notificará con anticipación y se le dará la oportunidad de seleccionar a otro doctor.
- Las reglas especiales podrían aplicar en caso de emergencia o de cuidado que se necesita urgentemente (ver P9 y P10 en las páginas 47-48).
- Algunos Planes de Salud Administrados ofrecen la opción de Punto de Servicio. Esta opción le permite visitar a otros doctores y hospitales que no son parte del plan ("fuera de la red de servicio"), pero podría tener un costo adicional.
- Si obtiene cuidado de salud fuera del área de servicio del plan, es posible que tenga que pagar más. El área de servicio es donde el plan acepta a los miembros y donde se obtienen los servicios del plan.
- Es posible que necesite un referido médico para ver a un especialista (como, por ejemplo, un cardiólogo). Una referencia es una aprobación de su doctor de cuidado primario para que usted pueda ir a un especialista u obtener ciertos servicios.
- Hay reglas especiales para ciertos servicios. Por ejemplo, si es mujer, puede ir una vez al año, sin un referido médico especial, a un especialista en la red para servicios de cuidado femenino preventivo y de retina. Si el especialista que necesita no está disponible, el plan hará los arreglos para que obtenga cuidado fuera de la red de servicio.
- Al final del año, los Planes de Salud Administrados de Medicare podrían darse de baja del programa de Medicare. Sin embargo, es posible que nuevos planes también estén disponibles.

¿Cómo funciona un plan Privado de Pago por Servicio?

- El Plan Privado de Pago por Servicio le paga al médico u hospital por los servicios de salud que usted recibe. Tal vez usted tenga que pagar una prima u otros costos (como un copago) que son diferentes del Plan Original de Medicare.
- Puede acudir a cualquier médico u hospital que acepte prestar sus servicios y los términos de pago de su plan. Debería revisar cuánto serán sus gastos directos de bolsillo antes de inscribirse en un Plan Privado de Pago por Servicio de Medicare.
- Las agencias de seguros privadas brindan cobertura de salud a las personas con Medicare que se inscriben a ese plan. Antes de recibir los servicios de salud, dígame al médico o al hospital que tiene un Plan Privado de Pago por Servicio de Medicare. Si el médico u hospital acepta tratarlo, usted deberá pagar una tarifa (como un copago) por los servicios que recibe. La compañía privada pagará el resto de la tarifa.
- La agencia de seguros privada puede tener un requisito de “preaviso”. Por ejemplo, puede exigir que usted le informe al plan sobre cualquier hospitalización que tenga planeada.
- Es posible que usted pague más si es que el plan le permite a los médicos, hospitales, y otros proveedores facturarle más de lo que el plan paga por los servicios. Si esto se permite, puede haber un límite sobre lo que le pueden cobrar, y lo que usted debe pagar.
- Al final de cada año, las empresas que ofrecen planes Privados de Pago por Servicio pueden decidir unirse, quedarse, o retirarse de Medicare.

Sus costos en un Plan Medicare + Opción

Los gastos directos de su bolsillo dependerán de:

- Si el plan cobra una prima mensual además de la [prima mensual](#) de la Parte B (\$54 en el 2002).
- Cuánto paga por cada consulta o servicio (como un “copago”).
- Los tipos de servicios que necesita, y la frecuencia con que los recibe.
- Los tipos de beneficios adicionales que necesita, y si el plan los cubre o no.
- Si cumple con las reglas de plan. Si no lo hace, tal vez tenga que pagar el costo total de su atención o cuidado médico.

Nota: Para obtener un resumen de los gastos directos de su bolsillo en varios planes, busque en www.medicare.gov en la Internet. Seleccione “Busqueda Personalizada de Planes Medicare”.

Una manera nueva para ahorrar en su Prima mensual de la Parte B de Medicare

A partir del 1 de enero del 2003, los Planes Medicare + Opción podrían ofrecer un beneficio adicional al reducir la cantidad que paga por su prima de la Parte B de Medicare. Si se inscribe en un plan que ofrece este beneficio, podría ahorrar dinero. Debe leer los materiales del plan detenidamente antes de inscribirse para ver si el Plan Medicare + Opción en el que está interesado, ofrece este beneficio.

Si el Plan Medicare + Opción elige ofrecer este beneficio, lo debe ofrecer a toda persona con Medicare que se inscriba en el plan. El Plan Medicare + Opción decide, cada año, si va a reducir parte o toda su prima mensual de la Parte B de Medicare.

Importante: Aunque su prima mensual de la Parte B de Medicare se reduzca, usted continuaría recibiendo todos los servicios cubiertos de la Parte A y B de Medicare. La disminución de los costos de la prima de la Parte B de Medicare no afectaría los servicios y la atención que recibe con el Plan Medicare + Opción.

Afiliación a un Plan Medicare + Opción

¿Quién puede inscribirse en un Plan Medicare + Opción?

Si usted está en Medicare, puede afiliarse a un Plan Medicare + Opción si:

- Tiene tanto la Parte A (Seguro de Hospital) y la Parte B (Seguro Médico), y sigue pagando la prima mensual de la Parte B de Medicare (\$54 en el 2002). Si ya está en un Plan de Salud Administrado Medicare y sólo tiene la Parte B, puede quedarse en su plan.
- Vive dentro del área de servicio del plan. El área de servicio es donde usted debe vivir para que el plan lo acepte como miembro. En el caso de un Plan de Salud Administrado Medicare, también es el área donde, generalmente, usted recibe los servicios. El plan puede darle más información sobre sus áreas de servicio.
- No tiene Enfermedad Renal en Etapa Final (fallo permanente de los riñones que requiere diálisis o trasplante del riñón).

Reglas especiales para personas con Enfermedad Renal en Etapa Final:

Si usted tiene Enfermedad Renal en Etapa Final (ESRD, por sus siglas en inglés), por lo general, no puede afiliarse a un Plan Medicare + Opción. Sin embargo, si ya está en un plan, puede quedarse en el mismo, o afiliarse a otro plan ofrecido por la misma agencia de seguros en el mismo estado. Si usted ya tuvo un trasplante exitoso del riñón, también es posible que pueda afiliarse a un plan.

Llame gratis al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) si desea más información sobre Enfermedad Renal en Etapa Final y los planes de salud Medicare.

Si tiene ESRD y está en un Plan Medicare + Opción, y el plan se retira de Medicare o deja de ofrecer cobertura en su área, puede afiliarse a otro Plan Medicare + Opción, si es que hay uno disponible en su área.

Afiliación a un Plan Medicare + Opción (continuación)

¿Cuándo puedo afiliarme a uno de estos planes?

Por lo general, puede inscribirse en un Plan Medicare + Opción en cualquier momento. Sin embargo, los Planes Medicare + Opción deben aceptar miembros nuevos desde el 15 de noviembre hasta el 31 de diciembre de cada año. Si usted se une a un Plan Medicare + Opción durante este periodo, su cubierta comienza el primero de enero del año próximo.

Nota: Algunos Planes Medicare + Opción limitan el número de miembros en sus planes. Estos planes tal vez no acepten miembros nuevos cuando llegan a su límite. El plan le puede decirle si todavía acepta a nuevos miembros. Además, si se encuentra en una institución (como, por ejemplo, un asilo de ancianos), verifique con el plan para ver si podría unirse en otro momento.

¿Cómo me inscribo en un Plan Medicare + Opción?

1. Llame al plan y pida un formulario de inscripción. Complete el formulario y envíeselo por correo al plan, o
2. Consiga un formulario de inscripción de un representante del plan. Complete el formulario y envíeselo por correo al plan, o entrégueselo al representante del plan. El representante del plan puede ayudarle a completar el formulario.

Usted recibirá una carta del plan en la que se le informará cuándo comienza su cobertura.

Precaución: Usted no puede afiliarse a más de un Plan Medicare + Opción a la vez. Si trata de afiliarse a más de un Plan Medicare + Opción con las mismas fechas de inicio, es posible que lo regresen al Plan Original de Medicare.

Afiliación a un Plan Medicare + Opción (continuación)

¿Puedo quedarme con mi póliza Medigap (Seguro Suplementario a Medicare) si me inscribo en un Plan Medicare + Opción?

Sí, usted puede conservarla. Sin embargo, puede costarle bastante dinero y serle de poco provecho mientras esté en un Plan de Salud Administrado o en un Plan Privado de Pago por Servicio de Medicare.

Si cancela su [póliza Medigap](#), es posible que no pueda volver a conseguirla, con la excepción de ciertas situaciones. Si usted se afilia a un Plan de Medicare + Opción cuando es elegible para Medicare por primera vez al cumplir 65 años, o si es la primera vez que se inscribe en un Plan Medicare + Opción, es posible que tenga ciertas protecciones de Medigap que le otorgan el derecho de comprar una [póliza Medigap](#). Para más información sobre las pólizas y protecciones de Medigap, consiga una copia gratis del manual “*Guía sobre Seguros de Salud para Personas con Medicare: Selección de una Póliza Medigap*” (Publicación CMS Pub. No. 02110-S). Vea la página 64 para detalles sobre cómo conseguir este manual.

¿Cómo puedo saber si estoy en un Plan Medicare + Opción?

Si se inscribió en un Plan Medicare + Opción, debería tener una tarjeta con el nombre del plan. Si no está seguro si está en un Plan Medicare + Opción, puede llamar al número que aparece en su tarjeta. También puede llamar a la Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778. Si recibe beneficios de la Junta de Retiro Ferroviario, llame a su oficina local de la RRB o al 1-800-808-0772. Pídale al representante de servicio al cliente que verifique si usted está en un Plan de Salud Administrado o en Plan Privado de Pago por Servicio de Medicare.

Darse de Baja de un Plan Medicare + Opción

¿Cuándo puedo retirarme de un Plan Medicare + Opción?

Usted puede retirarse de su plan en cualquier momento, por cualquier motivo.

¿Cómo dejo mi Plan Medicare + Opción para afiliarme a un nuevo Plan Medicare + Opción?

Al afiliarse a un nuevo Plan de Medicare + Opción, usted está dejando su otro plan. No necesita informárselo a su antiguo plan ni enviarles nada. Quedará automáticamente fuera de su antiguo plan cuando empiece la cobertura de su plan nuevo. Deberá recibir una carta de su nuevo plan informándole cuando comienza su cobertura.

¿Cómo dejo mi Plan Medicare + Opción y regreso al Plan Original de Medicare?

Puede dejar su Plan Medicare + Opción y regresar al Plan Original de Medicare de una de las siguientes tres maneras:

1. Escriba o llame a su plan,
2. Visite, llame, o escriba a la Administración del Seguro Social, o
3. Llame gratis al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Dígales que quiere retirarse de su Plan Medicare + Opción. El plan deberá enviarle una carta con la fecha en que termina su cobertura. Si no recibe la carta, llame al plan y pregunte la fecha.

Si recibe beneficios de la Junta de Retiro Ferroviario, debería comunicarse con la oficina de RRB local o llamar gratis al 1-800-808-0772 si quiere dejar su Plan Medicare + Opción.

Nota: Si quiere comprar una póliza Medigap, tiene que terminar su cobertura con su Plan Medicare + Opción de alguna de las tres maneras mencionadas anteriormente. Con sólo inscribirse en el Plan Medigap no queda terminada la cobertura del Plan Medicare + Opción.

¿Qué pasa si me mudo fuera del área de servicio del plan?

Tendrá que llamar al plan de salud para ver si puede permanecer en el plan si se muda fuera del área del servicio de este plan. Si debe retirarse del plan, siga las instrucciones mencionadas anteriormente para retirarse del Plan Medicare + Opción. Puede elegir inscribirse en otro Plan Medicare + Opción, si alguno se encuentra disponible en su área nueva y está aceptando miembros nuevos, o puede elegir el Plan Original de Medicare.

Preguntas y Respuestas Comunes

- P1:** ¿Cómo hago para averiguar si mi médico u hospital pertenece a un Plan de Salud Administrado Medicare?
- R:** Si usted quiere seguir viendo a su médico cuando se afilia a un Plan de Salud Administrado Medicare, llame y pregunte si él o ella forma parte de ese plan y si quiere seguir atendiéndolo si usted se afilia a ese plan. Su plan también le puede entregar una lista de médicos y hospitales que pertenecen a ese plan. Los médicos pueden afiliarse y retirarse de los Planes de Salud Administrados Medicare en cualquier momento.
- P2:** ¿Puedo afiliarme a un Plan Medicare + Opción si tengo cobertura por medio de mi empleador o sindicato?
- R:** Si se afilia a un Plan Medicare + Opción y también tiene cobertura de empleador o sindicato, usted posiblemente podrá, en ciertos casos, seguir usando esta cobertura junto con la cobertura de su Plan Medicare + Opción. Hable con el administrador de beneficios de su empleador o sindicato sobre las reglas que se aplican al caso. Recuerde, si cancela su cobertura de empleador o sindicato, es posible que no pueda regresar a ella.
- P3:** ¿Los Planes Medicare + Opción me cubren mientras estoy viajando fuera de los Estados Unidos?
- R:** Algunos Planes Medicare + Opción lo cubren cuando usted viaja fuera de los Estados Unidos. Verifíquelo con su plan antes de salir del país.
- P4:** ¿Tengo cobertura de salud mental en un Plan Medicare + Opción?
- R:** Si usted está en un Plan Medicare + Opción, lea la información de su plan o llame al plan para averiguar sobre su cobertura de salud mental. Usted deberá recibir, por lo menos, la misma cobertura que le brindan la Parte A y la Parte B del Plan Original de Medicare.

P5: ¿Quién decide dónde estarán disponibles los Planes Medicare + Opción?

R: Los Planes de Salud Administrados Medicare y los Planes Privados de Pago por Servicio de Medicare son ofrecidos por agencias de seguros privadas. Una agencia de seguros puede decidir, con la aprobación de Medicare, que un plan estará disponible a toda persona con Medicare en un estado, o que estará abierto solamente en algunos o partes de algunos condados. Una agencia también puede elegir ofrecer más de un plan dentro de un área, con distintos beneficios y costos. Cada año, las agencias de seguro que ofrecen los Planes Medicare + Opción pueden decidir quedarse o retirarse en Medicare.

Las agencias de seguros podrían decidir ofrecer planes en su área en el futuro. Para conseguir la información más actualizada sobre los Planes Medicare + Opción en su área

- Busque en www.medicare.gov en la Internet. Seleccione “Búsqueda Personalizada de Planes Medicare”.
- Llame gratis al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

P6: ¿Por cuánto tiempo tienen contrato con Medicare las agencias de seguros privadas para ofrecer los Planes Medicare + Opción?

R: Cuando una agencia de seguros privada decide ofrecer Plan Medicare + Opción, acepta quedarse en el programa Medicare el año entero, desde el 1ro. de enero hasta el 31 de diciembre. Cada año, las agencias toman una decisión empresarial de quedarse o retirarse del programa Medicare el siguiente año. Los costos y beneficios adicionales también pueden cambiar cada año.

P7: ¿Qué puedo hacer si mi Plan Medicare + Opción se retira del programa Medicare?

R: Si su Plan Medicare + Opción se retira del programa Medicare, recibirá una carta de aviso. Esta carta le informará si hay otros Planes de salud Medicare + Opción en su área a los que puede afiliarse. Usted siempre puede escoger el Plan Original de Medicare. Regresará automáticamente al Plan Original de Medicare si no escoge otro Plan Medicare + Opción. Es posible que tenga derecho a comprar una [póliza Medigap](#) (ver la página 56). En este caso, le conviene averiguar todo lo que pueda sobre sus opciones antes de tomar cualquier decisión. No importa lo que escoja, siempre está dentro del programa Medicare, y recibirá todos los servicios cubiertos por Medicare.

P8: ¿Qué puedo hacer si mi Plan Medicare + Opción reduce su área de servicio y no hay otros planes disponibles en mi área cuando pierda mi cobertura?

R: Si su Plan Medicare + Opción reduce su área de servicio y no hay otros Planes Medicare + Opción en el área donde pierde su cobertura, podría quedarse con su cobertura. Pregúntele a su plan. Para quedarse con su cobertura, debe aceptar pagar todos sus servicios (excepto en caso de emergencias y cuidado de urgencia) en el área reducida de servicio. Si su plan no ofrece esta opción, automáticamente regresará al Plan Original de Medicare el primero de enero. En este caso, tal vez tenga el derecho de comprar una [póliza Medigap](#) (ver páginas 56-57).

P9: ¿Qué es una "emergencia médica"? ¿Cómo puedo recibir atención de emergencia de un Plan de Medicare + Opción?

R: Una emergencia médica es cuando usted cree que su salud se encuentra en grave peligro---y que cada segundo cuenta. Puede ser que tenga una herida seria, una enfermedad repentina, o una enfermedad que empeora rápidamente.

Todo Plan Medicare + Opción debe permitirle recibir servicios de emergencia, en cualquier momento que los necesite, de cualquier proveedor de los Estados Unidos. Su plan deberá pagar por la atención de emergencia, y tal vez usted tenga que cubrir parte del costo. Si recibe una cuenta, entréguesela al plan para que la pague. Si su plan no cubre su cuidado de emergencia, tiene el derecho de [apelar](#) (ver P11 en la página 48).

No necesita obtener permiso de su Plan Medicare + Opción o de su [médico de cuidado primario](#).

P10: ¿Qué es “atención urgente”?

¿Cómo puedo recibir atención urgente de un Plan Medicare + Opción?

R: Atención urgente es el cuidado que necesita para una enfermedad o una herida que es repentina, pero que no llega a ser una emergencia médica.

En un [Plan de Salud Administrado Medicare](#), usted recibe atención urgente de su [médico de cuidado primario](#). Sin embargo, si se encuentra dentro de los Estados Unidos, pero fuera del área de servicio del plan y no puede esperar hasta regresar a su casa, su plan debe pagar por la atención urgente (usted tendrá que cubrir una parte del costo). Si el plan no lo paga, usted tiene el derecho de [apelar](#) (ver P11 a continuación).

En un [Plan Privado de Pago por Servicio de Medicare](#), puede recibir atención urgente de cualquier médico que acepte los términos de pago del plan.

P11: ¿Puedo [apelar](#) las decisiones sobre pagos que tomó mi Plan Medicare + Opción?

R: Sí. Usted tiene el derecho a un proceso justo, eficiente, y oportuno para resolver asuntos relacionados con el pago que su plan de salud efectúa por un servicio o producto. A este proceso se le llama apelación.

Su plan debe informarle por escrito como [apelar](#) una decisión del plan. Usted tiene derecho a presentar una apelación si su plan no pagará por, no permite, o suspende un servicio que usted cree debería ser cubierto o debería brindarse. Después de presentar su apelación, el plan revisará su decisión. Si su salud podría verse perjudicada por tener que esperar por una decisión, el plan debe tomar una decisión dentro de 72 horas. Si el plan no decide a su favor, éste enviará su apelación a una organización independiente de revisión. Consulte la información de afiliación de su plan o llame a su plan para averiguar los detalles sobre sus derechos de apelación y cómo presentarla. Tiene derecho a pedirle a su plan una copia de su expediente, el cual contiene su información médica y otra información relacionada con su apelación.

Si desea más información sobre sus derechos de apelación, consiga una copia gratuita de “*Sus derechos y protecciones de Medicare*” (Publicación CMS No. 10112-S). Vea la página 64 para detalles sobre cómo conseguir este manual.



Sección 5

Sus Derechos Medicare



Sus derechos Medicare

Si usted tiene Medicare, tiene garantizados ciertos derechos para su protección. Unos de estos derechos es el de disfrutar de un proceso justo, eficiente, y oportuno para apelar decisiones por los pagos o servicios de salud. No importa la forma en que reciba sus servicios de salud de Medicare, siempre tiene el derecho de apelar. Usted puede **apelar** si:

- No está de acuerdo con la cantidad que se está pagando.
- No se cubre un servicio, que usted cree que debería estar cubierto.
- A su juicio, se suspende un servicio antes de tiempo.

Las instrucciones para presentar una apelación se encuentran ya sea en el aviso que explica lo que paga Medicare (ver página 29) o en la información escrita de su plan de salud, dependiendo de cómo recibe sus servicios de salud de Medicare. Si decide tramitar una apelación, pídale a su médico o proveedor cualquier información que pueda servirle para su caso. También puede llamar a su **Programa Estatal de Asistencia de Seguros de Salud** para que lo orienten al respecto (ver la página 75).

Si está en el Plan Original de Medicare, está protegido de facturas inesperadas. Un médico o suministrador podría entregarle un aviso que dice que Medicare probablemente (o sin duda alguna) no pagará el servicio que se brinde. Si todavía quiere recibir el servicio, le pedirán que firme un acuerdo donde estipule que usted mismo pagará por el servicio de salud, si Medicare no lo hace. Esto recibe el nombre de Preaviso al Beneficiario. Los Preavisos al Beneficiario se usan en el Plan Original Medicare, pero no en los Planes Medicare + Opción.

Si no está seguro de que se le cobró a Medicare por los servicios que recibió, escriba al proveedor de servicios de salud y pida una cuenta detallada. Esta cuenta incluirá una lista con cada artículo o servicios de Medicare que recibió de su médico, hospital, o cualquier otro proveedor de servicios de salud. La deberá recibir dentro de 30 días. Además, puede revisar su Resumen Medicare para ver si se le cobró el servicio a Medicare.

Si está en un Plan Privado de Pago por Servicio, llame a su plan para averiguar si el servicio fue cubierto. Si usted pregunta, el plan deberá informarle.



Además, tiene derecho a:

Tal vez tenga derechos adicionales si está en el hospital o en un centro de enfermería especializada, o si termina su cuidado de salud en el hogar.

- Recibir información
- Recibir servicios de emergencia
- Acudir a médicos, especialistas, incluyendo especialistas en la salud de la mujer, y a ir a hospitales certificados por Medicare
- Participar en decisiones de tratamiento
- Saber cuáles son sus opciones de tratamiento
- Recibir servicios culturalmente competentes (como materiales traducidos en su idioma)
- Tramitar quejas
- No ser discriminado
- Confidencialidad de la información personal
- Confidencialidad de la información sobre su salud

Para conseguir información más detallada sobre sus derechos y protecciones, llame gratis al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para conseguir su copia gratuita de “*Sus Derechos y Protecciones Medicare*” (Publicación CMS No. 10112-S). Vea la página 64 para detalles sobre cómo conseguir este manual.

Nuevo aviso de las prácticas sobre privacidad de Medicare

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED, Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ELLA.

Por ley, se le exige a Medicare que proteja la privacidad de su información médica personal. También se le pide a Medicare que le entregue este aviso en el que le informa cómo Medicare puede usar y divulgar su información médica personal.

Medicare **debe** usar y entregar su información médica personal:

- A usted o alguien que tenga el derecho legal para actuar en su representación (su representante personal),
- Al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos, de ser necesario, para asegurar que su privacidad esté protegida, y
- Donde se requiera por ley.



Nuevo aviso de las prácticas sobre privacidad de Medicare (continuación)

Medicare **tiene el derecho** de usar y entregar su información médica personal para pagar su servicio de salud y administrar el programa Medicare. Por ejemplo:

- Las agencias de seguros de Medicare utilizan su información médica personal para pagar o negar sus reclamaciones, cobrar sus primas, o compartir su pago de beneficios con otras aseguradoras, o preparar su Resumen Medicare.
- Medicare puede usar su información médica personal para asegurarse de que usted y otros beneficiarios de Medicare reciban servicios de salud de calidad, o para brindar servicio al cliente, o resolver cualquier queja que tenga.

Medicare **podría** usar o entregar su información médica personal para los siguientes propósitos y bajo circunstancias limitadas:

- Para las agencias estatales y federales que tienen el derecho legal de recibir información de Medicare, (tales como asegurarse de que Medicare haga los pagos correspondientes y ayudar a los programas federales y estatales Medicaid),
- Para actividades de salud públicas (como informar sobre los brotes de enfermedades),
- Para las actividades de supervisión de servicios de salud del gobierno (tales como fraude e investigaciones sobre abuso),
- Para procedimientos judiciales y administrativos (como en respuesta a una orden judicial),
- Para el cumplimiento de la ley (como entregar información limitada para ubicar a una persona extraviada),
- Para estudios de investigación que cumplen con todos los requisitos de las leyes de confidencialidad (como la investigación relacionada con la prevención de una enfermedad o incapacidad),
- Para evitar una amenaza seria o inminente a la salud o seguridad,
- Para comunicarse con usted sobre beneficios nuevos de Medicare y cambios en ellos, y
- Para crear información que no pueda ser utilizada para seguirle la pista.

Por ley, Medicare debe tener su permiso por escrito (una “autorización”) para usar o divulgar su información médica personal para cualquier propósito que no esté establecido en este aviso. Usted podrá “revocar” su permiso por escrito en cualquier momento, excepto si Medicare ya haya tomado acción en base a su permiso.



Nuevo aviso de las prácticas sobre privacidad de Medicare (continuación)

Por ley, usted tiene derecho a:

- Very recibir una copia de su información médica personal que tenga Medicare.
- Solicitar que se modifique su información médica personal si cree que está equivocada o que falta información, y Medicare está de acuerdo con ello. Si Medicare está en desacuerdo, es probable que su declaración se adjunte a su información médica personal.
- Recibir una lista de aquellos a quienes Medicare les entrega su información médica personal. Esta lista no cubrirá su información médica personal que se le entregó a usted o a su representante legal, información que fue proporcionada para pagar su atención médica o para las operaciones de Medicare, o la que fue divulgada para hacer cumplir la ley.
- Solicitar a Medicare que se comunique con usted de manera diferente o en un lugar diferente (por ejemplo, enviando materiales a su “P.O. box” en lugar de la dirección de su casa).
- Solicitar a Medicare que limite cómo se usa su información médica personal, y cómo se divulga para pagar sus reclamaciones y administrar el programa Medicare. Por favor, tome en cuenta que es posible que Medicare no acepte su solicitud.
- Recibir una copia separada, aparte de este aviso.

Si cree que Medicare ha violado sus derechos privados que se mencionan en este aviso, puede presentar una queja contra Medicare a la siguiente dirección:

Privacy Complaints
P.O. Box 8050
U.S. Department of Health and Human Services
Centers for Medicare & Medicaid Services
7500 Security Boulevard
Baltimore, Maryland 21244-1850

El presentar una querrela no afectará sus beneficios de Medicare. También puede presentar una queja a la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos.

Si desea más información sobre la presentación de una queja o el ejercicio de sus derechos descritos en este aviso, vaya a www.medicare.gov en Internet, o llame gratis al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Pida hablar con un representante de servicio al cliente sobre el aviso de privacidad de Medicare.



Nuevo aviso de las prácticas sobre privacidad de Medicare (continuación)

La ley le exige a Medicare que siga los términos de este aviso sobre privacidad. Medicare tiene el derecho de cambiar la manera en que se usa y divulga su información médica personal. Si Medicare hace algún cambio, usted recibirá un aviso por correo dentro de los 60 días del cambio.

Las prácticas sobre privacidad que se enumeran en las páginas 50-52 entrarán en vigencia el 14 de abril del 2003.

Usted está protegido contra la discriminación

Cualquier empresa o agencia que trabaje con Medicare debe obedecer la ley. A usted no se le puede dar trato diferente por su raza, color, origen nacional, incapacidad, edad, o religión bajo determinadas condiciones. Si usted cree que ha sido tratado injustamente por cualquiera de estos motivos, llame a la Oficina de Derechos Civiles de su Estado (ver página 73), o llame gratis al 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697. También puede buscar en www.hhs.gov/ocr en Internet si desea más información.

Expresé qué servicio de salud quiere recibir, aún si no lo puede decir usted mismo

Mientras más vivan las personas, menor es la posibilidad que tienen de poder tomar sus propias decisiones sobre salud. La enfermedad de Alzheimer y otras enfermedades afectan la habilidad para tomar decisiones sobre servicios de salud. Tiene que llenar una "Directiva/Instrucción por Adelantado" (también denominado testimonio en vida) para dar a conocer a las personas el tipo de tratamiento que desea, si ya no tiene la capacidad de tomar sus propias decisiones en el futuro. "Una directiva/instrucción por adelantado" es un documento escrito en el cual usted da instrucciones sobre quién quiere que hable en su representación y el tipo de servicio de salud que desea o que no desea, si no puede hablar por sí mismo. Si desea más información, llame a su [Programa Estatal de Asistencia sobre Servicios de Salud](#) (ver la página 76).

Usted puede ayudar a protegerse y a proteger a Medicare contra el fraude

La mayoría de los médicos y proveedores de servicios de salud que trabajan con Medicare son honestos. Pocos no lo son. Medicare trabaja con otras agencias gubernamentales para proteger al programa Medicare.

Hay fraude contra Medicare cuando se le cobra a Medicare por servicios que usted nunca recibió. Todos los años, el fraude contra Medicare se lleva mucho dinero del programa Medicare. Usted paga por ello, con primas más altas. El fraude puede ser por parte de individuos, compañías o grupos de personas.



Usted puede ayudar a protegerse y a proteger a Medicare contra el fraude (continuación)

Use estos 3 pasos si sospecha de algún fraude:

1. Llame a su proveedor de cuidado de salud.
2. Llame a su Agencia de Seguros Medicare o a su Intermediario Fiscal.
3. Llame a la línea gratis del Inspector General (1-800-447-8477).

Cuando usted recibe servicios de salud del Plan Original de Medicare, recibe un Resumen Medicare de una compañía que administra las cuentas de Medicare. Este Resumen muestra qué servicios o suministros se cobraron y cuánto pagó Medicare. Deberá revisar que dicho aviso no tenga errores. Asegúrese de que no se le cobró a Medicare por ningún servicio o suministro que usted no recibió. Si ve un cargo que puede ser un error, llame al proveedor de servicios de salud, y pregunte al respecto. La cuenta puede estar correcta, y la persona con la que habla lo puede ayudar a comprender mejor los servicios y suministros que recibió. Tal vez descubra un error en la factura que tiene que ser corregido. Si no queda satisfecho después de hablar con su proveedor, llame a la [Agencia de Seguros de Medicare](#) o al [Intermediario Fiscal](#). Sus números de teléfonos los encuentran en la parte superior del aviso.

Puede llamar también a la línea gratis del Inspector General para informar sobre fraude contra Medicare. Medicare no dará a conocer su nombre, si usted así lo solicita.

La lucha contra el fraude posiblemente pueda otorgar una recompensa de hasta \$1,000, si:

- Informa sobre un fraude contra Medicare,
Y
- Si su información conduce directamente a la recuperación de por lo menos \$100 del dinero de Medicare,
Y
- El fraude que informa no está siendo investigado.

Si quiere saber más sobre este programa, llame a su Agencia de Seguro de Medicare (ver página 77) o al Intermediario Fiscal (ver página 75).

Otros seguros y formas de pagar sus gastos de salud



¿Sabe usted cuáles son los seguros de salud que tiene en la actualidad, y qué servicios le ayudan a pagar? Ahora es un momento muy oportuno para revisar su cobertura. Puede ser que Medicare no sea la única cobertura para servicios de salud que usted tenga, o que pueda conseguir. Es posible que pueda conseguir mayores beneficios de lo que ofrece el programa Medicare por sí sólo, o reducir sus gastos directos de su bolsillo si tiene o adquiere más cobertura. La cobertura que tenga afectará lo que usted paga, los beneficios que obtenga, los médicos a los que puede consultar, y muchas otras cosas que pueden serle importantes.

Si desea más información sobre cómo otros tipos de seguros de salud funcionan con Medicare, consiga una copia gratis de *“Medicare y Otros Beneficios de Salud: Su Guía sobre Quién Paga Primero”* (Publicación CMS No. 02179-S). Vea la página 64 para detalles sobre cómo conseguir este manual.

1.

Cobertura de empleador o sindicato

Llame al administrador de beneficios de su empleador o sindicato actual o antiguo o el de su cónyuge. Pregunte si usted tiene o puede conseguir cobertura para servicios de salud por el empleo actual o pasado suyo o de su cónyuge.

Cuando usted tiene cobertura de jubilado por medio de su empleador o sindicato, ellos son los que administran esta cobertura. Pueden cambiarle sus beneficios o primas, y también pueden cancelarle su cobertura si así lo desean.

Precaución: Si usted abandona esta cobertura de salud, existe la posibilidad de que no pueda regresar a ella. Si desea más información, llame a su administrador de beneficios del empleador o sindicato.

2.

Pólizas Medigap (Seguro Suplementario de Medicare)

Si vive en Massachusetts, Minnesota, o Wisconsin, hay diferentes planes estandarizados que se venden en su estado. Vea la página 76 para información importante sobre estos estados.

Una póliza “Medigap” es una póliza de seguro de salud ofrecida a la venta por agencias de seguros privadas para cubrir lo que no cubre el Plan Original de Medicare. Las pólizas Medigap deben cumplir con las leyes federales y estatales. Estas leyes sirven para protegerlo a usted. La póliza Medigap debe indicar claramente que es un “Seguro Suplementario de Medicare”.

En todos los estados, excepto en Massachusetts, Minnesota, y Wisconsin, una póliza Medigap debe ser una de diez pólizas estandarizadas de tal manera que pueda compararlas fácilmente. Cada póliza tiene distintos beneficios. Dos de las pólizas estandarizadas pueden tener la opción de un deducible alto. Además, cualquier póliza estandarizada puede ser vendida como una póliza “Medicare SELECT”. Las pólizas Medicare SELECT, por lo general, cuestan menos, porque requieren que utilice a hospitales específicos, y en algunos casos, a médicos específicos para poder aprovechar todos los beneficios de esta póliza. En caso de emergencia, puede acudir a cualquier médico u hospital.

Si desea más información sobre las pólizas Medigap, sus costos, y sus opciones, llame gratis al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y hable con un representante de servicio al cliente, o llame al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud de su estado (ver la página 76).

¿Necesito comprar una póliza Medigap?

Posiblemente desee comprar una póliza Medigap porque el Plan Original de Medicare no paga todos los costos de sus servicios de salud. Si está en el Plan Original de Medicare, hay gastos que tendrá pagar usted mismo. Si necesita o no una póliza Medigap es una decisión que sólo usted puede tomar.

Dependiendo de sus necesidades de cuidado de salud y de su situación económica, tal vez quiera continuar con su cobertura de empleador o de retirado, o afiliarse a un [Plan Medicare + Opción](#).

No necesita comprar una póliza Medigap de Medicare si está en un Plan de Salud Administrado Medicare o un Plan Privado de Pago por Servicio de Medicare. De hecho, puede ser ilegal que alguien trate de venderle una póliza Medigap si sabe que usted está en uno de esos planes de salud. Si tiene [Medicaid](#), por lo general, es ilegal que una agencia de seguros trate de venderle una póliza Medigap, excepto en ciertas situaciones.

2.

Pólizas Medigap (Seguro Suplementario de Medicare) (continuación)

¿Cuál es el mejor momento para comprar una póliza Medigap?

El mejor momento para comprar una [póliza Medigap](#) es durante su período de inscripción abierta de Medigap. Este período dura 6 meses y comienza el primer día del mes en el cual usted cumple 65 años o más y también esté inscrito en la Parte B de Medicare. Una vez que comienza el período de inscripción abierta de Medigap, no puede ser cambiado.

Durante este período, una compañía de seguros no puede negarle cobertura de seguros, imponer condiciones a una póliza (como hacerle esperar antes de que comience la cobertura), o cobrarle más por una póliza debido a sus problemas de salud actuales o pasados. También deben acortar el período de espera para condiciones preexistentes por la cantidad de cobertura de salud anterior que usted tenga.

Importante: Si no compra una póliza Medigap durante un período de inscripción abierta, es posible que no pueda comprar la que quiera, o que le cobren más por esa póliza. Además, si después se da de baja de su póliza Medigap, es posible que no pueda conseguirla nuevamente.

Nota: Si tiene 65 años o más, y usted o su cónyuge están trabajando, y tiene cobertura de salud a través de un empleador o sindicato, basado en el empleo actual o activo suyo o de su cónyuge, quizá le convenga esperar antes de inscribirse en la Parte B de Medicare y retrasar su período de inscripción abierta Medigap.

Si desea más información sobre como comprar una póliza Medigap, consiga una copia gratis del *“Guía sobre Seguros de Salud para Personas con Medicare: Selección de una Póliza Medigap”* (Publicación CMS No. 02110-S). Vea la página 64 para detalles sobre conseguir este manual.

3.

Beneficios para veteranos

Si usted es un veterano, llame gratis al Departamento de Asuntos Veteranos de los Estados Unidos al 1-800-827-1000 para informarse sobre los beneficios para veteranos y los servicios disponibles en su área.

4.

Beneficios para militares retirados

“TRICARE for Life” (TFL, por sus siglas en inglés) brinda cobertura médica ampliada para: retirados de servicios uniformados elegibles para Medicare, incluyendo miembros y reservistas retirados de la Guardia Nacional; miembros de familia y viudos/as elegibles para Medicare; y ciertos ex-cónyuges si eran elegibles para TRICARE antes de cumplir los 65 años. Usted debe tener la Parte A y B de Medicare para ser elegible para TFL.

De ser elegible, recibe todos los beneficios cubiertos por el Plan Original de Medicare, más todos los beneficios cubiertos por TFL. Si utiliza un proveedor de Medicare, Medicare será el primer pagador para todo servicio cubierto por Medicare, y TFL será el pagador secundario. TFL pagará todos los **copagos** y **deducibles** de Medicare, y cubrirá la mayoría de los costos de determinados tipos de cuidado que no están cubiertos por Medicare.

Si desea más información sobre TFL, llame gratis al 1-888-DOD-LIFE (1-888-363-5433) o busque en www.TRICARE.osd.mil en Internet. Llame gratis al 1-800-538-9552 si tiene preguntas sobre la elegibilidad y beneficios para militares retirados.

5.

Programas de ahorros Medicare (Ayuda de su Estado)

Existen programas que cada año le ayudan a millones de personas con Medicare a ahorrar dinero. Los estados tienen programas para personas de bajos ingresos y recursos limitados que pagan las **primas mensuales** de Medicare, sea en parte o en su totalidad. Algunos programas también pueden pagar los **deducibles** y **coseguros** de Medicare.

Usted puede solicitar estos programas si:

- Tiene la Parte A de Medicare (Si tiene la Parte A, pero no cree que puede pagar por ella, existe un programa que posiblemente pueda pagar la prima de la Parte A por usted),
- Es un individuo con recursos de \$4,000 o menos, o una pareja con recursos de \$6,000 o menos. Los recursos incluyen dinero en una cuenta corriente o de ahorros, acciones, o bonos, y

y

Los programas de ahorros Medicare posiblemente no se encuentren disponibles en Guam, Puerto Rico, las Islas Vírgenes, la Islas Marianas del Norte y Samoa americana.

(continua en la siguiente página)

5.

Programas de ahorros Medicare (continuación)

- Es un individuo con un ingreso mensual de menos de \$906* o una pareja con un ingreso mensual de menos de \$1,214.*

Llame a su Oficina Estatal de Asistencia Médica (ver página 76) y pida información sobre los Programas de Ahorros Medicare. Es muy importante que llame si cree que califica para cualquiera de estos programas de ahorros Medicare, aún si no está seguro.

*Los límites sobre los ingresos cambiarán ligeramente en el 2003. Si vive en Alaska o Hawaii, los límites sobre el ingreso serán un poco más altos.

Nota: Es posible que cada estado tenga requisitos más generosos con respecto a los recursos y/o ingresos.

6.

Medicaid

Si su ingreso y sus recursos son aún más limitados que lo que se describió en el párrafo anterior, es posible que usted califique para Medicaid. La mayoría de sus gastos de salud están cubiertos si usted tiene Medicare y si califica para Medicaid. Medicaid es un programa conjunto estatal y federal que ayuda a pagar los costos médicos para ciertas personas con bajos ingresos y recursos limitados. Los programas Medicaid varían de estado a estado. Las personas con Medicaid pueden recibir cobertura de ciertos servicios que no cubre Medicare, por ejemplo, el cuidado en un asilo de ancianos y medicinas recetadas para pacientes ambulatorios. Si desea más información sobre Medicaid, llame a su Oficina Estatal de Asistencia Médica (ver página 76).

7.

Programas de asistencia de medicinas recetadas

Existen programas que pueden ofrecerle descuentos o medicinas gratis. Si desea más información, busque en www.medicare.gov en Internet. Seleccione “Programas de asistencia para medicinas recetadas”. Si no tiene una computadora, su centro para adultos de la tercera edad o biblioteca local puede ayudarlo a conseguir esta información. También puede llamar gratis al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y pedir información sobre estos programas.

8.

Programa PACE (Programa de Cobertura Total de Salud para Ancianos)

PACE combina servicios médicos, sociales y cuidado de salud a largo plazo para las personas delicadas de salud. PACE se encuentra disponible solo en los estados que han escogido ofrecerlo bajo Medicaid.

Para averiguar si es elegible, encontrar un PACE cerca a usted, o si necesita más información, llame a su Oficina Estatal de Asistencia Médica (ver la página 76). También puede buscar las publicaciones de PACE y los números de teléfonos en www.medicare.gov/Nursing/Alternatives/PACE.asp en Internet.

9.

Seguros de Cuidado a Largo Plazo

Las agencias de seguros privadas venden este tipo de seguro de cuidado a largo plazo que, por lo general, cubre la atención médica y no-médica para asistirlo con sus necesidades personales, como bañarse, vestirse, usar el baño, y comer. Generalmente, Medicare no cubre el cuidado a largo plazo.

Es muy importante que piense en un cuidado a largo plazo antes de que necesite este cuidado o antes de que ocurra una crisis, así tendrá más control sobre sus decisiones. Si desea más información sobre los tipos de cuidado a largo plazo, consiga una copia de “*Selección de Cuidado a Largo Plazo: Una Guía para las Personas con Medicare*” (Publicación CMS No. 02223-S). Vea la página 64 para detalles sobre cómo conseguir este manual.

Si desea más información sobre seguros de cuidado a largo plazo, consiga una copia de la “*Guía del Comprador sobre Seguros de Cuidado a Largo Plazo*”, ya sea del Departamento de Seguros de su Estado (ver página 75) o de la Asociación Nacional de Comisionados de Seguros (National Association of Insurance Commissioners), 2301 McGee Street, Suite 800, Kansas City, MO, 64108-3600.

Programa Estatal de Seguro de Salud para Niños (SCHIP, por sus siglas en inglés)

Ahora su estado pone a su disposición un seguro de salud gratis o de bajo costo para niños no asegurados menores de 19 años. Los Programas Estatales de Seguro de Salud para Niños sirven para ayudar a niños que no tienen seguro y cuyas familias ganan más del límite para calificar para Medicaid, pero no lo suficiente para pagar un seguro privado. Si llama a Insure Kids Now (Asegure a los Niños Ahora) al 1-877-KIDS-NOW (1-877-543-7669) puede conseguir información sobre el programa de su estado que está disponible. También puede buscar más información en www.insurekidsnow.gov.



Sección 7

Para más información

¿Necesita respuestas e información ahora mismo? Visite nuestro sitio web en Internet: www.medicare.gov

¿Qué debo hacer para conseguir otra tarjeta de Medicare? Necesito copia de una publicación de Medicare - ¿Cuál es la manera más rápida de conseguirla? ¿Cómo hago para mantenerme al día con las cosas nuevas de Medicare?

Las respuestas a estas preguntas, y más, las encuentran en su computadora. Visite el sitio web de Medicare para conseguir respuestas rápidas a sus preguntas. El sitio se mantiene actualizado constantemente, así que visítelo con frecuencia.



★ **Publicaciones**

Lea todas las publicaciones de Medicare desde su computadora, o imprima su propia copia ahora mismo.

★ **Compare planes de salud de Medicare y las Pólizas Medigap**

Averigüe qué plan de salud Medicare es apropiado para usted. Compare información sobre costos, beneficios, y la calidad del cuidado. Para comprar un plan de salud, utilice el "Búsqueda Personalizada de Planes Medicare" para encontrar los planes que mejor responden a sus necesidades.

★ **Compare asilos de ancianos**

¿Está tratando de encontrar un asilo de ancianos? Busque en "Compare Asilos de Ancianos" para conseguir detalles sobre los asilos de ancianos en su área, incluyendo los resultados de inspecciones estatales, e información sobre el personal de enfermería y la calidad del asilo de ancianos.

★ **Conozca sus beneficios**

Seleccione "Su cubierta de Medicare" para saber qué beneficios están cubiertos; cuándo están cubiertos y cuánto paga en el Plan Original de Medicare.

★ **Respuestas a sus preguntas**

Encuentre información básica sobre Medicare, incluyendo datos sobre cobertura, elegibilidad, afiliación, y respuestas a sus preguntas más comunes. Déjese guiar por www.medicare.gov cuando necesite una respuesta inmediata.

★ **Busque un médico o suplidor**

Seleccione al "Directorio de Médicos Participantes" o el "Directorio de Suplidores" donde encontrará una lista de médicos que participan en Medicare. Estos directorios incluyen los nombres, direcciones, y mucho más.

★ **¿Necesita ayuda para pagar sus medicinas recetadas?**

Seleccione "Programas de Asistencia para Medicina Recetada" para los programas que le pueden ofrecer descuentos o medicinas gratis.

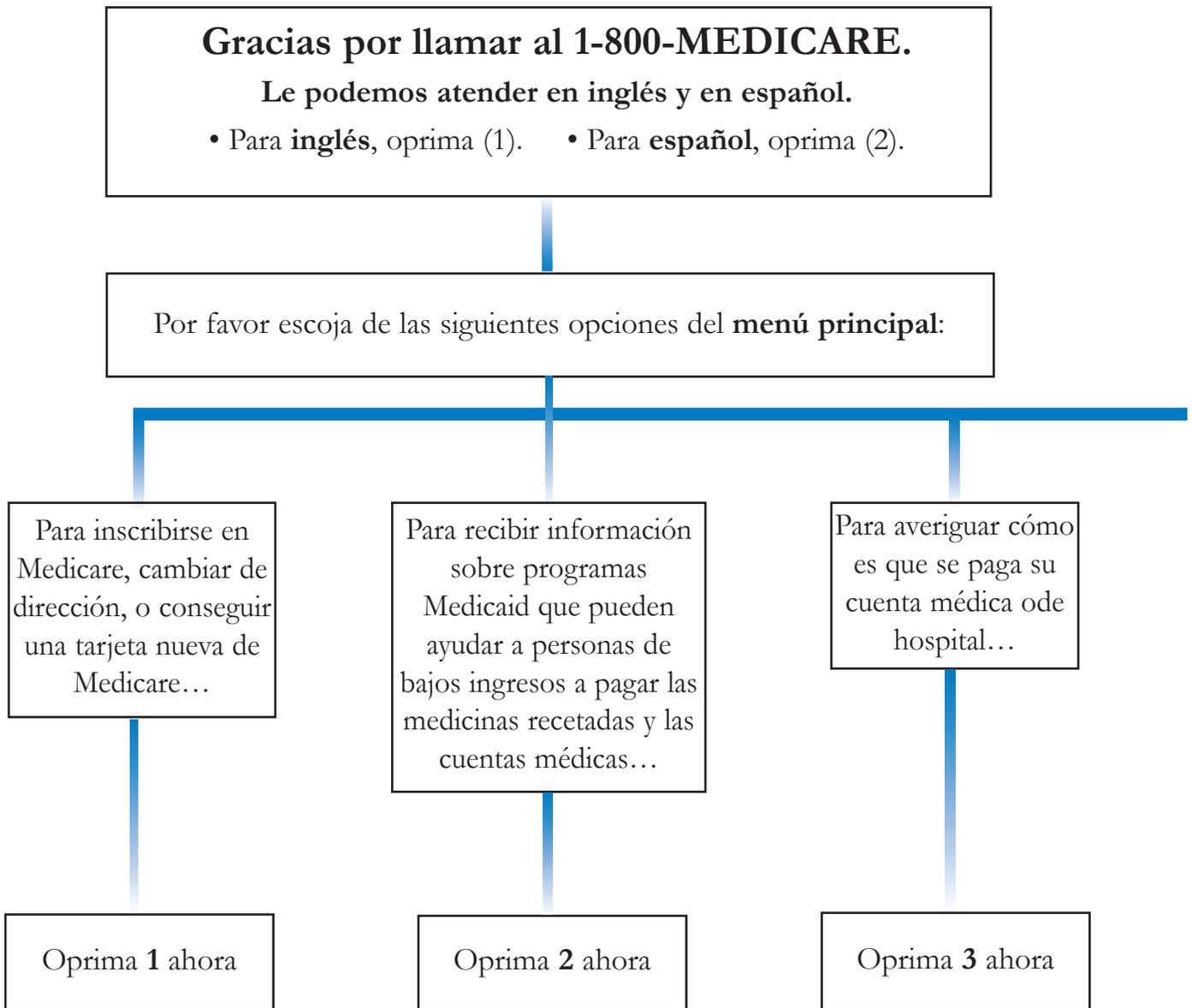
★ **Y más...**

El sitio web de Medicare le ayuda a encontrar las respuestas que le hacen falta. También encontrará información sobre la cobertura de Medicare, salud, números de teléfono de contactos útiles, y más. Cierta información está disponible en español y en chino.



**Llame gratis al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)
para obtener respuestas e información,
las 24 horas al día, incluyendo los fines de semana.**

Cuando llame, oirá:



Consejo: Puede llamar a la Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213 para recibir información sobre la primera opción.



Llame gratis al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Las usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.



Para pedir
publicaciones de
Medicare...

Oprima **4** ahora

Para conseguir
respuestas a preguntas
comunes, incluyendo
información sobre
opciones de Planes de
Salud Medicare...

Oprima **5** ahora

Para hablar con un
representante de
servicio al cliente
sobre información
general de Medicare
o sobre opciones de
planes de salud de
Medicare en el área
donde vive...

Oprima **0** ahora

También puede visitar www.medicare.gov en Internet para conseguir respuestas rápidas a sus preguntas.



Publicaciones gratis sobre Medicare y temas relacionados

Medicare trata de darle información para ayudarlo a tomar buenas decisiones de salud. Puede leer o pedir publicaciones gratis en Medicare para así saber más sobre los temas que le son de interés. Siempre añadimos nuevos manuales con información detallada sobre temas importantes.

¿Cómo consigo estas publicaciones?

1. Vaya a www.medicare.gov en Internet y seleccione “Publicaciones”. Puede leer, imprimir, o solicitar estos manuales. Esta es la manera más rápida de conseguir una copia.
2. Llame gratis al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), y elija la opción “4” para solicitar una copia gratis del folleto que quiere. Cuando llame tenga listo el número de la publicación que desea. Los usuarios TTY deberán llamar al 1-877-486-2048. Recibirá una copia dentro de tres semanas.
3. Ponga su nombre en la lista de correo para recibir un mensaje electrónico cada vez que sale una nueva publicación. Para registrarse, vaya a www.medicare.gov y seleccione “Lista para correo” que está en la parte inferior de la página. Luego, seleccione el tema “Publicaciones”, ingrese su dirección de correo electrónico en la caja inferior, y active “Subscripción”.

Muchos manuales se encuentran disponibles en inglés, español, cassette (en inglés y español), sistema Braille, y en letra grande (en inglés y español). Algunos manuales también están disponibles en chino.

Busque la lista de publicaciones de Medicare que están disponibles en www.medicare.gov en Internet.

Nota: Es posible que ciertos folletos no estén impresos, pero todas las versiones más actualizadas estarán disponibles en www.medicare.gov en Internet.

Palabras que debe conocer

Sección 8

Agencia de Seguros Medicare - Una empresa privada contratada por Medicare para pagar las cuentas de la Parte B.

Apelación - Una apelación es una clase especial de queja que hace si no está de acuerdo con alguna decisión sobre sus servicios de salud. Por ejemplo, presentaría una apelación si Medicare no pagara o no pagara lo suficiente por un servicio que usted recibió, no recibió, o un artículo o servicio que usted considera, debería recibir. Esta queja se hace al Plan de Salud de Medicare o al Plan Original de Medicare. Por lo general, hay un proceso especial que debe seguir para presentar su queja.

Calidad - Calidad es qué tan bien el plan de salud mantiene saludables a sus miembros o les brinda tratamiento cuando se enferman. Cuidado de salud de buena calidad significa que el plan está haciendo lo apropiado en el momento apropiado, para la persona apropiada y consiguiendo los mejores resultados posibles.

Cantidad Aprobada por Medicare - El honorario que Medicare establece como lo razonable por un servicio médico cubierto. Es la cantidad que usted y Medicare le pagarán a un médico o suministrador por un servicio o suministro. Puede ser menor que la cantidad real que cobra el médico o suministrador. A la cantidad aprobada a veces también se le llama "Cargo Aprobado".

Cargo límite - La cantidad máxima de dinero que los médicos y otros proveedores de cuidado de salud que no aceptan la asignación le pueden cobrar a usted por un servicio cubierto. El límite es del 15% por encima de la cantidad aprobada por Medicare. El cargo límite se aplica únicamente a ciertos servicios, y no se aplica a suministros o equipos.

Copago - En algunos planes de salud de Medicare, es la cantidad que usted paga por cada servicio médico que recibe, por ejemplo, una consulta al médico. Un copago, por lo general, es una cantidad fija que usted paga por servicio. Por ejemplo, esto podría ser de \$5 o \$10 por cada consulta con el médico. Los copagos también se utilizan para ciertos servicios ambulatorios de hospital en el Plan Original de Medicare.

Coseguro - El porcentaje de la cantidad aprobada por Medicare que usted tiene que pagar después de haber pagado el deducible de la Parte A y/o la Parte B. En el Plan Original de Medicare, el pago del coseguro es un porcentaje de la cantidad aprobada por el servicio (por ejemplo, el 20%).

Cuidado a largo plazo - Una variedad de servicios que ayudan a las personas con sus necesidades de salud o personales, y con las actividades de la vida diaria por un período de tiempo. El cuidado a largo plazo puede brindarse en casa, en la comunidad, o en varios tipos de centros, incluyendo asilos para ancianos, y centros de vida asistida. La mayor parte de cuidado a largo plazo es cuidado custodial. Medicare no cubre este tipo de cuidado.

Cuidado en centro de enfermería

especializada * - Es un cuidado que debe ser brindado o supervisado por enfermeras registradas. Con este tipo de servicio se cubren todas sus necesidades. Ejemplos de cuidado de enfermería especializada: poner inyecciones intravenosas, alimentación por tubos, colocación de oxígeno, cambio de vendas estériles de las heridas. No se considera cuidado de enfermería especializada cualquier servicio que podría ser prestado de manera segura por una persona promedio no médica (o uno mismo) sin la supervisión de una enfermera registrada.

Cuidado Interno - Cuidado de salud que usted recibe cuando pasa la noche en un hospital.

Deducible - La cantidad que usted debe pagar por servicios de salud, antes de que Medicare comience a pagar ya sea por cada período de beneficios para la Parte A, o por cada año para la Parte B. Estas cantidades pueden variar de año en año.

Días de Reserva, de por vida - Sesenta días por los cuales Medicare pagará cuando a usted lo internen en un hospital por más de 90 días. Estos 60 días de reserva sólo pueden ser utilizados una vez en su vida. Por cada día de reserva durante su vida, Medicare pagará todos los gastos cubiertos, con la excepción de un coseguro diario (\$406 en el 2002).

Hospital de Acceso Crítico - Un pequeño centro que brinda servicios limitados de hospital, tanto ambulatorios como externos, para la gente de áreas rurales.

* Esta definición total o parcial ha sido usada con autorización de Walter Feldesman, Esq., Diccionario para la Terminología sobre Cuidado para Adultos de la Tercera Edad, © 2000.

Intermediario fiscal - Una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para pagar las cuentas de la Parte A, y algunas de la Parte B. (También se le llama solo “Intermediario”).

Medicaid - Un programa conjunto federal y estatal que brinda ayuda con los costos médicos de ciertas personas con bajos ingresos y recursos limitados. Los programas de Medicaid varían de estado a estado, pero se cubren la mayoría de los costos de servicios de salud si usted califica tanto para Medicare como para Medicaid.

Médico primario - Un médico entrenado para brindarle cuidado básico. Es el médico al cual acude primero para la mayoría de problemas de salud y que se asegura que usted reciba los cuidados necesarios para mantenerse sano. Su médico primario puede hablar también con otros médicos o proveedores sobre su salud y referirlo a ellos. En muchos Planes de Salud Administrados Medicare, usted debe ver a su médico primario antes de consultar a cualquier otro proveedor de salud.

Necesario por Razones Médicas - Servicios o suministros médicos que.

- son apropiados y necesarios para diagnosticar o tratar su condición médica;
- se utilizan para el diagnóstico, atención directa, y tratamiento de su condición médica;
- satisfacen las normas de la buena practica médica en la comunidad médica de su área local; y
- no son primordiales para la conveniencia de usted o su médico.

Organización para el Mantenimiento de la Salud - (HMO, por sus siglas en inglés)

Un tipo de Plan de Salud Administrado de Medicare, en el cual un grupo de médicos, hospitales, y otros proveedores se ponen de acuerdo en brindarle servicios de salud a beneficiarios de Medicare, a cambio de una cantidad fija de dinero de Medicare cada mes. En una HMO, por lo general, usted debe recibir todo su cuidado de los proveedores que forman parte del plan.

Organización para el Mejoramiento de Calidad - (QIO, por sus siglas en inglés) - Grupos de médicos practicantes y otros expertos en el cuidado de la salud. El Gobierno Federal les paga para supervisar y mejorar la atención que reciben los pacientes de Medicare. Deben revisar sus quejas sobre la calidad de cuidado brindado por: el servicio de hospitalización, departamentos ambulatorios de hospital, salas de emergencias de los hospitales, centros de enfermería especializada, agencias de cuidado de salud en el hogar, planes Privados de Pago por Servicio, y centros de cirugía ambulatoria.

Período de Beneficios - La forma en que Medicare mide su uso de servicios de hospital y de centros de enfermería especializada. Un período de beneficios comienza el día que usted entra a un hospital o un centro de enfermería especializada. El período de beneficios termina cuando usted no ha recibido servicios de hospital o de enfermería especializada por 60 días consecutivos. Si usted entra en el hospital después de que se haya terminado un período de beneficios, empieza un nuevo período de beneficios. Debe pagar el deducible por paciente interno de hospital para cada período de beneficios. No hay límite sobre el número de períodos de beneficios que usted puede tener.

Plan de Salud Administrado Medicare -

Estas son opciones de planes de salud (como HMO) en ciertas áreas del país. En la mayoría de los planes solo puede acudir a los médicos, especialistas, u hospitales de la lista del plan. Los planes deben cubrir todo cuidado de salud de la Parte A y Parte B de Medicare. Algunos planes cubren beneficios adicionales como, por ejemplo, medicinas recetadas. Sus costos pueden ser menores que con el Plan Original de Medicare.

Plan Medicare + Opción - Un programa Medicare que le da más opciones entre los planes de salud. Cualquiera que tiene la Parte A y B de Medicare es elegible, excepto aquellos que padezcan de la enfermedad renal en etapa final.

Plan Privado de Pago por Servicio - Un plan privado de seguros que acepta a personas con Medicare. Usted puede ir a cualquier médico u hospital aprobado por Medicare que acepte el pago del plan. El plan de seguros, en vez del programa Medicare, es el que decide cuánto pagará y cuánto pagará usted por los servicios que usted recibe. Es posible que usted pague más por beneficios cubiertos por Medicare. Es posible que usted consiga beneficios adicionales que no están cubiertos por el Plan Original de Medicare.

Póliza Medigap - Una póliza de seguros suplementaria a Medicare ofrecida a la venta por compañías de seguros privadas para cubrir lo que no cubre el Plan Original de Medicare. Con excepción de Massachusetts, Minnesota, y Wisconsin, hay 10 planes estandarizados que llevan el nombre de la A a la J. Las pólizas Medigap sólo funcionan con el Plan Original de Medicare.

Prima Mensual - El pago periódico a Medicare, a una compañía de seguros, o a un plan de servicios de salud por cobertura de salud.

Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP, por sus siglas en inglés) - Un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para ofrecer consejería gratis sobre los seguros de salud, y asistencia a personas con Medicare.

Referido Médico - El visto bueno de su médico de cuidado primario para que usted vea al especialista o reciba ciertos servicios. En muchos planes de salud administrados de Medicare, usted necesita una referencia antes de poder conseguir cuidado de cualquier persona que no sea su médico de cuidado primario. Si no recibe una referencia de antemano, es posible que el plan no pague por su cuidado.

Servicios Preventivos - Cuidado para mantenerlo saludable o prevenir enfermedades, como por ejemplo, exámenes de papanicolau, exámenes pélvicos, mamografías anuales, y vacunas contra la gripe.

Telemedicina - El uso de información médica intercambiada de un sitio a otro utilizando comunicaciones electrónicas para la salud y la educación de pacientes o proveedores, y para mejorar el cuidado de pacientes.



Medicare está para servirle.

- Estoy pensando en inscribirme en un HMO de Medicare. ¿Cuál es el mejor para mí?
- Quiero comprar una póliza Medigap. ¿Cuál tiene la cobertura adicional que necesito?
- ¿Cómo puedo conseguir cobertura de medicinas recetadas?
- ¿Cómo puedo conseguir otra tarjeta de Medicare?
- ¿Cómo puedo mantenerme al día con lo que está pasando con Medicare?
- No tengo suficiente dinero para pagar por mis servicios de salud. ¿Puedo conseguir ayuda?

Las respuestas a estas preguntas y más están al alcance de su teléfono o computadora.

- Llame gratis al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227, 24 horas al día, incluyendo los fines de semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Vea las páginas 62-63 para averiguar cómo utilizar este servicio gratis.
- Visite a www.medicare.gov en Internet para conseguir respuestas rápidas a sus preguntas. Vea la página 61 para conseguir más detalles sobre el sitio web de Medicare.
- Lea las nuevas publicaciones de Medicare. Vea la página 64 para conseguir más detalles sobre cómo conseguir manuales gratis que pueden ayudarlo a aprender más sobre Medicare.



Sección 9

1-800-MEDICARE Número de teléfono gratis.....3, 62-63, 73

A

Abrazaderas (brazos, piernas, espalda, y cuello)12
Acupuntura.....28
Administración del Seguro Social..... 2,6,8-9,13-14,73
Agencia de seguros Medicare29,65,77
Anteojos12, 28
Aparatos auditivos28
Apelación48-49,65
Área de servicio38,44,47
Aseguradora Regional de equipo Médico Duradero 29,76
Asegure a los niños ahora.....60
Asignación34-35
Asilo de ancianos36

B

Beneficios de veteranos.....22,57,73
Beneficios para retirados militares58
Búsqueda Personalizada de Planes Medicare5, 21, 61

C

Calidad del cuidado.....2,20,61,67
Cantidad aprobada por Medicare25-27,65
Cargo límite34,65
Cobertura de salud de empleador.....2,13-14,45,55
Cobertura de sindicato..... 2,13,14,22,45,55
Colonoscopia.....10,27
Cómo afiliarse a los planes de salud.....37,41-43
Cómo retirarse de los planes de salud44
Contrato privado.....17
Copago25-28,65
Coordinación de beneficios73
Coseguro13,25-28,65
Costos
Asignación34-35
Ayuda con los costos.....13, 25-28
Copago 25-28

Índice

C (continuación)

Coseguro13,25-28
Deducible25-28
Gastos directos de su bolsillo24-28
Cuentas (reclamaciones)
Cuentas de la Parte A29
Cuentas de la Parte B.....29
Cuentas de las primas8
Cuidado a largo plazo.....22,36,60,65
Cuidado custodial28,36
Cuidado en un Centro de Enfermería Especializada.....6-7,9,25,36,67
Cuidado de dental.....16,28
Cuidado de emergencia12,47,50
Cuidado de hospicio6-7,25
Cuidado de la vista12,28
Cuidado de los pies.....28
Cuidado de relevo7,25
Cuidado de salud en el hogar6-9,25-26
Cuidado de salud mental.....7,9,26,36,45
Cuidado para paciente interno.....6,65
Cuidado urgente48

D

Deducible.....25-28,65
Definiciones65-67
Degeneración macular12
Departamento de Defensa.....73
Departamento de Salud y Servicios Humanos (Oficina del Inspector General)73
Departamento de Veteranos de los EEUU73
Departamento Estatal de Seguros75
Derechos49-53
Desafiliación (Plan)44
Diabetes10,16,27
Diálisis de riñón.....12
Días de reserva, de por vida.....25,65
Directivas/Instrucciones por adelantado ..53
Discriminación.....53,73

E

Electrocardiograma.....12
Elegibilidad de Medicare.....5



E (continuación)

Enfermedad de Lou Gehrig.....15
 Enfermedad renal en etapa final.....5, 41
 Equipo médico duradero (p.e sillas de
 ruedas)7, 9, 25-26, 77
 Esclerosis lateral amiotrófica15
 Especialista38
 Examen de glaucoma.....10, 27
 Examen físico.....28
 Examen papanicolau11, 27
 Examen para cáncer colorectal10, 27

F

Fraude y abuso.....53-54

H

Hospital (cuidado, cobertura de
 hospitalización).....6-7, 25
 Hospitales de acceso crítico.....6-7, 66

I

Incapacitado.....14

Inscripción

Parte A6
 Parte B.....8-9,13-14

Inscribirse (¿Quién Puede?)5

Intermediario fiscal29,66,74

Intermediario regional de la salud en el
hogar25-26, 29, 74

Inyección/vacuna contra pulmonía
neumococal.....11, 27

Inyección/vacuna Hepatitis B.....11, 27

Inyecciones (vacunas)11, 27-28

J

Junta de retiro ferroviario.2, 6, 8-9, 13-14,73

M

Manuales/Panfletos para más
información.....64

Mamografía11,27

Medicare SELECT56

Medicaid22, 59, 66

Medicare + Opción5,19,22,37-48,66
(Ver también Plan de Salud Administrado

Medicare y Plan Privado de Pago por
Servicio)

M (continuación)

Medicare Parte A y Parte B (ver Parte A, o
Parte B)

Medición de masa ósea.....10, 27

Médico de cuidado primario38, 47, 67

Miembros y ojos artificiales12

N

Necesario por razones médicas.....8, 66

O

Oficina Estatal de Asistencia

Médica59-60, 75

Oficina del Inspector General73

Oficina para los Derechos Civiles73

Opción de Punto-de-Servicio38

Opciones (Planes de Salud)19-22

Organizaciones para el Mejoramiento
de la Calidad.....67, 74

Organización para el Mantenimiento de la
Salud (HMO)37, 66

P

PACE22,60

Pagador secundario Medicare17

Parte A (Seguro de hospital)5-7,25,28-29

Parte B (Seguro médico)5,8-11,26-29

Período de beneficios.....24,66

Período de inscripción general13

Período de inscripción inicial.....9

Planes de Salud

Administrados5, 19, 37-48,66

Afiliación (Inscribirse)41-43

Costos.....39-40

Desafiliación (Retirarse)44

Si un plan se sale de Medicare46

Plan Original de Medicare5, 19, 23-36

Costos.....24-28

Plan Privado de Pago por

Servicio5,19,37-48,67

Afiliación (Inscribirse)41-43

Costos.....39-40

Desafiliación44

Si un plan de retira de Medicare.....46



P (continuación)

Pólizas Medigap.....22,56-57,67
 Preaviso al beneficiario49
 Prima mensual6, 8, 13, 23, 67
 Programa de ahorros Medicare.....22, 58-59
 Programa Estatal de Asistencia de Seguros de Salud65, 75
 Programa Estatal de Seguro de Salud para Niños60
 Programas de Ayuda de Medicina Recetada22, 59, 61
 Prótesis12
 Próstata (evaluación, examen PSA)1, 27
 Pruebas clínicas16
 Pruebas de resonancia magnética (MRI, por sus siglas en inglés).....12
 Publicaciones64

R

Rayos-X.....12
 Referido Médico38, 67
 Resumen de Medicare.....23, 29-33

S

Sangre7, 9, 25-26
 Segunda opinión antes de una cirugía ..9, 12
 Servicios ambulatorios de hospital.....9, 26
 Servicios cubiertos (Parte A y B)7-12
 Servicios de ambulancia.....12, 18
 Servicios de laboratorio clínico.....9, 26
 Servicios de nutrición.....12, 16
 Servicios de psicólogo clínico36
 Servicios preventivos10-11, 27, 67
 Servicios quiroprácticos12
 Sitio web2, 3, 61

T

Tarjeta Medicare6, 13, 23
 Para conseguir una nueva tarjeta6, 14, 61, 73
 Telemedicina12, 67
 Terapia del habla7, 9, 26
 Terapia de medicinas inmunosupresivas ..12

T (continuación)

Terapia física7, 9, 26
 Terapia ocupacional7, 9, 26
 Testimonio en vida53
 Tomografía CAT12
 Trasplantes12, 41
 TRICARE de por vida22, 58, 73

V

Vacuna contra la gripe11, 27
 Viajes24, 36, 45

Z

Zapatos (terapéuticos)12, 16
 Zapatos ortopédicos28



Información Importante sobre la Siguiete Sección

En las siguientes páginas, encontrará números de teléfono importantes para su conveniencia:

- **Página 74** - Encuentre respuestas a sus preguntas relacionadas con Medicare.
- **Páginas 75 y 76** - Obtenga números de teléfono de organizaciones en su área que puedan responder a sus preguntas.
- **Página 77** - Encuentre los números de teléfono para las Agencias de Seguros Medicare y el proveedor Regional de Equipo Médico Durarero de cualquier estado o área. Estos son los números de teléfono que le damos con más frecuencia a las personas que llaman gratis al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los incluimos para que a usted se le haga más fácil obtener respuestas a sus preguntas sobre Medicare.

Los números de teléfono que se enumeran en las siguientes páginas eran correctos al momento de su impresión. A veces los números de teléfono cambian. Puede encontrar los números de teléfono más actualizados si visita www.medicare.gov en Internet. Seleccione “Contactos Útiles”. También puede llamar gratis al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Consejo: Estos números de teléfono están muy ocupados durante la semana. Para reducir su tiempo de espera, es mejor que llame el miércoles, jueves o viernes.

Números de Teléfono Importantes

Sección 10

Si tiene alguna pregunta sobre Medicare, la siguiente lista lo ayudará a conseguir respuestas.

Llame a:

si tiene preguntas sobre:

1-800-MEDICARE

(1-800-633-4227)

24 horas al día

Usuarios TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

- Medicare (en general)
- Planes de salud de Medicare
- Cómo solicitar publicaciones de Medicare
- Pólizas Medigap
- Programas de Ayuda de Medicinas Recetadas
- Números de teléfono de organizaciones locales que trabajan con Medicare, incluyendo números para usuarios TTY.

La Administración del Seguro Social

1-800-772-1213

Usuarios TTY deben llamar 1-800-325-0778.

- Cambios de dirección/nombre
- Notificación de fallecimiento
- Inscripción en Medicare
- Tarjeta Medicare (de reemplazo)
- Beneficios del Seguro Social

Contratista para

Coordinación de Beneficios

1-800-999-1118

Usuarios TTY deben llamar al 1-800-318-8782.

- Qué seguro paga primero

Departamento de Salud y Servicios Humanos

Oficina del Inspector General

1-800-447-8477

Usuarios TTY deben llamar al 1-800-377-4950.

- Fraude y abuso

Junta de Retiro Ferroviario

1-800-808-0772

- Beneficios para retirado ferroviario
- Todos los demás servicios listados para la Administración de Seguro Social

Departamento de Asuntos Veteranos

1-800-827-1000

Usuarios TTY deben llamar al 1-800-829-4833.

- Beneficios para veteranos

Departamento de Defensa

1-888-DOD-LIFE (1-888-363-5433)

1-800-538-9552

- “TRICARE for Life”
- Elegibilidad para beneficios de salud para retirados militares

Oficina de Derechos Civiles

1-800-368-1019

- Discriminación

Hay muchos socios que trabajan con Medicare en su área local. La siguiente lista explica cada organización y las dudas que le pueden ayudar a resolver. Para obtener el número de teléfono, visite www.medicare.gov en Internet y active “Contactos Útiles” o llame gratis al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Escuche con atención las opciones disponibles del menú principal. Las personas con impedimentos auditivos y/o del habla deberán llamar al 1-877-486-2048.

Organización:

Si tiene preguntas sobre:

Oficinas Regionales de los Centros de Servicios Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) - Oficinas locales de la agencia federal que supervisa el programa Medicare.

Cómo presentar una queja directamente a CMS.

Intermediario Fiscal - Una compañía privada que tiene contrato con Medicare para pagar las cuentas de la Parte A y Parte B de Medicare por los servicios de hospital ambulatorio.

Cuentas y servicios de la Parte A, cuidado de hospital, cuidado de enfermería especializada, y fraude y abuso. Es posible que las llamadas se transfieran a otra empresa que cubra sus reclamaciones.

Organización para el Mejoramiento de Calidad - (QIO, por sus siglas en inglés) - Grupos de médicos practicantes y otros expertos en el cuidado de la salud. El Gobierno Federal les paga para supervisar y mejorar la atención que reciben los pacientes de Medicare.

Si tiene quejas sobre la calidad de cuidado brindado por: el servicio para pacientes internos en hospitales, departamentos ambulatorios de hospital, salas de emergencia de los hospitales, centros de enfermería especializada, agencias de cuidado de salud en el hogar, planes Privados de Pago por Servicio, y centros de cirugía ambulatoria y sobre sus derechos como paciente interno.

Intermediario Regional de la Salud en el Hogar (RHHI, por sus siglas en inglés) - Una compañía privada que tiene contrato con Medicare para pagar las cuentas del cuidado de la salud en el hogar y supervisar la calidad del mismo.

Para preguntar sobre cuidado de salud en el hogar, cuidado de hospicio, y fraude y abuso.

Organización:

Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP, por sus siglas en inglés) - Un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para ofrecer consejería gratis sobre los seguros de salud, y asistencia a personas con Medicare.

Departamento Estatal de Seguros - Una agencia estatal que regula los seguros.

Oficina Estatal de Asistencia Médica - Una agencia estatal encargada del programa estatal Medicaid.

Si tiene preguntas sobre:

La compra de una póliza Medigap o un seguro de cuidado a largo plazo, para que lo orienten sobre las negaciones de pago o apelaciones, los derechos y protecciones de Medicare, quejas sobre su cuidado o tratamiento, y para que lo ayuden a escoger un plan de salud Medicare y con sus cuentas Medicare.

Qué pólizas Medigap están disponibles en su área y su tiene preguntas y problemas relacionados con seguros.

Qué programas ayudan a pagar las cuentas médicas a personas con ingresos bajos, y si necesita ayuda con cobertura de medicina recetada.

Nota: Recuerde, si necesita el número de teléfono de estas organizaciones, llame gratis al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Las personas con impedimentos auditivos y/o del habla deberán llamar al 1-877-486-2048. También puede buscar en www.medicare.gov en la Internet. Active “Contactos Útiles”.

Agencia Regional de Equipo Médico Duradero

Si tiene preguntas sobre:

- Cuentas de los equipos médicos duraderos, incluyendo suministros para diabéticos
- Lista de los suplidores de dicho equipo aprobados

California

1(800)899-7095

Agencia de Seguros Medicare

Si tiene preguntas sobre:

- Cuentas, servicios y apelaciones de la Parte B
- Fraude y abuso
- Lista de los médicos y proveedores participantes

**California National
Heritage Insurance
Company**

1(800)952-8627

(En el sur de
California

1-800-675-2266)

Nota: Si recibe beneficios de la Junta de Retiro Ferroviario, llame a la Agencia de Seguros RRB (Palmetto GBA al 1-800-833-4455).

Información sobre planes en su área

Esta parte de su manual contiene información sobre planes Medicare + Opción para su estado o área. Si está pensando en inscribirse en un plan Medicare + Opción en lugar del plan Original de Medicare, o en cambiarse de planes, debería leer esta sección. **Recuerde, si esta contento con su plan actual, no tiene que cambiarlo.**

¿Qué encontraré en las siguientes páginas?

Encontrará una tabla que contiene información básica sobre los planes Medicare + Opción que se encuentran disponibles en su área. Cada compañía que tiene contrato con Medicare puede ofrecer uno o más planes. Las compañías deciden donde hacer negocios y los planes no se encuentran disponibles en todo lugar. Recuerde verificar con la compañía y preguntar si el plan que le interesa se ofrece en su código postal.

¿Cómo leo la tabla?

En las siguientes páginas encontrará las descripciones y costos del plan Medicare + Opción listados por nombre de compañía. Por favor, lea las descripciones de los artículos enumerados en las páginas 79-80, y el ejemplo de la página 81 antes de pasar a la página 82 para buscar información sobre los planes disponibles en su área. Si en las tablas aparece “Información No Disponible”, significa que Medicare no obtuvo la información a tiempo para imprimirla.

Es posible que varíe la información del plan. Antes de hacer cualquier cambio en su plan de salud, consiga la información más actualizada y detallada incluyendo costos y beneficios. Puede conseguir la información más actualizada en www.medicare.gov en la Internet. Seleccione “Buscador personal de planes Medicare”. También puede llamar gratis al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Si desea hablar con alguien sobre sus opciones de cuidado de salud, llame a su Programa Estatal de Asistencia de Seguro de Salud (ver la página 76).



Sección 11: Información sobre planes en su área

Descripción de los artículos enumerados en el ejemplo de la página 81:

- 1. Nombre de la compañía.** Nombre de la compañía que tiene contrato con Medicare para ofrecer los planes Medicare + Opción. (El número al lado del nombre es para uso exclusivo de Medicare)
- 2. Número de servicio al cliente.** Número para pedir información sobre los planes que se ofrecen.
- 3. Estado de aprobación.** Le dice si Medicare ha aprobado los beneficios y costos que ofrece la compañía para el 2003. “Según enviado por la organización” significa que la compañía actualmente tiene contrato con Medicare, pero Medicare todavía está evaluando los beneficios y costos que ofrece la compañía para el 2003.
- 4. Tipo de plan.** Le dice si es un plan de salud administrado Medicare o un plan Privado de Pago por Servicio.
- 5. Reglas especiales.** Le dice si hay reglas especiales para inscribirse en este plan.
- 6. Medida de calidad** (miembros del plan que han calificado su cuidado de salud como el mejor cuidado posible). Le da los resultados de una pregunta de la “Encuesta de Satisfacción del Beneficiario Medicare”. Se le pidió a los miembros del plan que califiquen el cuidado que han recibido durante seis meses por parte de todos los médicos y proveedores de su propio plan, utilizando una escala de 0 (el peor cuidado) a 10 (el mejor cuidado). Los resultados muestran el porcentaje de los miembros del plan que calificaron su cuidado como el mejor (8, 9, 10) en una escala de 1 al 10. En algunos casos, verá “No disponible” en lugar de una calificación del cuidado, lo que significa que el plan es demasiado nuevo para ser calificado, o que el número de miembros de Medicare era demasiado pequeño para dar un informe, o que Medicare no requirió que el plan proporcione esta información. Si desea más información sobre la calidad de los planes Medicare + Opción, visite www.medicare.gov en la Internet. Active “Busacador personal de planes Medicare”.
- 7. Nombre del plan Medicare+Opción.** Este es el nombre del plan que ofrece la compañía que tiene contrato con Medicare. (El número al lado del nombre es para uso exclusivo de Medicare).
- 8. Área de servicio del plan.** Área local donde se ofrece el plan. Usted debe vivir en esta área para inscribirse a este plan. Revise y asegure que su código postal esté en el área de servicio del plan.



Descripción de los artículos enumerados en el ejemplo de la página 81 (continuación):

9. **Prima mensual.** Es la cantidad que paga cada mes, además de su prima mensual de la Parte B de Medicare, cuando se inscribe al plan. En pocos casos, en lugar de una cantidad de prima, una notificación le indicará que la prima está “Bajo Revisión”. Esto significa que Medicare y la compañía todavía están revisando la cantidad.
10. **Opción de Médico.** Le dice si debe acudir sólo a médicos que pertenecen al plan (red) o si puede consultar a un médico fuera de la red.
11. **Copago a su médico de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés).** Le dice cuánto debe pagar a su médico de cuidado primario por cada visita. Si ve que aparece “Bajo Revisión”, significa que Medicare y la compañía todavía están evaluando la cantidad del copago.
12. **Cobertura de medicinas recetadas.** Dice si el plan cubre medicinas recetadas. Si aparece “Sí, por un costo adicional”, significa que puede escoger tener cobertura de medicinas recetadas con este plan, pero tendrá que hacer un pago adicional. Algunos planes cubren sólo ciertas medicinas o pagan hasta un límite. Si el plan cubre medicinas recetadas como parte del plan, verá la cantidad de copago para las medicinas genéricas. Además, verá si hay un límite máximo de cobertura de medicinas recetadas en un período específico. Pueden haber límites en las medicinas aprobadas por el plan, que es una lista de medicinas genéricas, de marca y/o de una marca preferida denominada formulario. Además, pueden haber límites en las medicinas que no son de formulario (medicinas que no aparecen en la lista aprobada por el plan). Si aparece “total” significa que el límite se aplica a todas las medicinas. Si aparece “sin límites”, significa que no hay límite en las medicinas genéricas. Los planes pueden hacer cambios en la lista de medicinas recetadas que cubren durante el año. Llame al plan para que le den todos los detalles de la cobertura de medicinas recetadas para que entienda cualquier condición o límite. Si aparece “Bajo Revisión”, significa que la cobertura de medicina recetada todavía se está analizando.
13. **Exámenes físicos de rutina.** Le dice si su plan cubre exámenes físicos de rutina. Si aparece, “Sí, por un costo adicional”, significa que el plan cubre exámenes físicos de rutina, pero tendrá que hacer un pago adicional. Si aparece “Bajo Revisión”, significa que Medicare y la compañía todavía están evaluando la cobertura del examen físico de rutina.
14. **Servicios de la vista.** Le dice si el plan cubre los servicios de la vista. Si aparece, “Sí, por un costo adicional” significa que el plan cubre servicios de visión, pero tendrá que hacer un pago adicional. Si aparece “Bajo Revisión”, significa que Medicare y la compañía todavía están evaluando la cobertura para servicios de la vista.

EJEMPLO

Maryland

Información de la Compañía	Nombre del Plan	Área de Servicio	Prima Mensual*	Opción del Médico**	Copago al PCP	Cobertura de Medicinas Recetadas ***	Exámenes Físicos de Rutina	Servicios de la Vista
Plan de Salud ABC (H4567) 1 1-888-555-5555 2 Aprobado por Medicare 3 Plan de salud administrado 4 Disponible para los miembros actuales 5 Calificación de calidad 6	Medicare Gold (001) 7	Prince Georges County 8	\$50 9	Red 10	Bajo revisión 11	Copago de \$15-\$40 Límite semianual (genérica, marca, no del formulario, marca preferida, no del formulario) 12	Sí, por un costo adicional 13	Sí, por un costo adicional 14

Planes de Salud Medicare para el Año 2003 Disponibles en Algunos Lugares de California

Algunos planes podrían aceptar sólo a miembros actuales. Por favor, llame al 1-800-MEDICARE o al plan de salud y pregunte si el plan está interesado en aceptar a miembros nuevos.

California

Información de la Compañía	Nombre del Plan	Área de Servicio	Prima Mensual*	Opción del Médico**	Copago al PCP	Cobertura de Medicinas Recetadas ***	Exámenes Físicos de Rutina	Servicios de la Vista
Blue Shield of California, Inc. (H0504) 1-800-776-4466 Aprobado por Medicare Plan de salud administrado 39% de los miembros clasificaron a los servicios recibidos como los mejores	Blue Shield 65 Plus (021)	Blue Shield 65 Plus Value Plan-Los Angeles Partial	\$0	Red	No	\$10 Copago Ilimitado	Sí	Sí
	Blue Shield 65 Plus (022)	Blue Shield 65 Plus Value Plan-Orange (Partial)	\$0	Red	No	\$10 Copago Ilimitado	Sí	Sí
	Blue Shield 65 Plus (015)	Los Angeles County (Partial)	\$0	Red	\$10	\$10 Copago Límite Anual (combinación - Genérica del formulario y Marca del formulario)	Sí	Sí
	Blue Shield 65 Plus (016)	Orange County	\$25	Red	\$10	\$10 Copago Límite Anual (combinación - Genérica del formulario y Marca del formulario)	Sí	Sí
	Blue Shield 65 Plus (017)	Riverside County (Partial)	\$50	Red	\$10	\$10 Copago Límite Anual (genérico)	Sí	Sí
	Blue Shield 65 Plus (018)	San Bernardino County (Partial)	\$50	Red	\$10	\$10 Copago Límite Anual (genérico)	Sí	Sí

Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o visite www.medicare.gov en la Internet para información más detallada que incluye costos y beneficios sobre estos planes de salud. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

* Ésta es la cantidad que debe pagar todos los meses para pertenecer al plan. Debe continuar pagando la prima mensual por la Parte B (\$54.00 en el 2002). Las nuevas primas para la Parte B estarán disponibles en enero del año 2003. Algunas compañías podrían ofrecer beneficios adicionales por un costo adicional. Esta información está disponible a través de www.medicare.gov o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

** La red significa que tiene que visitar a los doctores que pertenecen al plan. Llame al plan para averiguar si su doctor es miembro del plan.

***La información sobre las medicinas es sólo para el beneficio de medicinas básicas y medicamentos genéricos. Algunos planes ofrecen beneficios adicionales para medicinas por un costo adicional. Algunos planes sólo cubren ciertas medicinas o pagan hasta un límite fijo de dólares. Llame al plan para obtener todos los detalles de la cobertura para medicinas recetadas.

California (continuación)

Información de la Compañía	Nombre del Plan	Área de Servicio	Prima Mensual*	Opción del Médico**	Copago al PCP	Cobertura de Medicinas Recetadas ***	Exámenes Físicos de Rutina	Servicios de la Vista
<p>Aetna Health Inc. of California (H0523) 1-800-832-2640 Aprobado por Medicare Plan de salud administrado</p> <p>40% de los miembros clasificaron a los servicios recibidos como los mejores</p>	Golden Medicare Plan (002)	Los Angeles County	\$0	Red	\$10	\$10 Copago Ilimitado	Sí	Sí
	Golden Medicare Plan (025)	Orange County	\$25	Red	\$10	\$10 Copago Ilimitado	Sí	Sí
	Golden Medicare Plan (022)	Riverside and San Bernardino Counties	\$30	Red	\$10	\$10 Copago Ilimitado	Sí	Sí
<p>Kaiser Permanente Health Plan, Inc. (H0524) 1-800-443-0815 Aprobado por Medicare Plan de salud administrado</p> <p>44% de los miembros clasificaron a los servicios recibidos como los mejores</p>	Kaiser Permanente Senior Advantage (003)	Southern California Plan 3	\$35	Red	\$20	\$10 Copago Límite Anual (combinación - Genérica del formulario y Marca del formulario)	Sí	Sí
	Kaiser Permanente Senior Advantage (006)	Southern California Plan 6	\$75	Red	\$20	\$10 Copago Límite Anual (combinación - Genérica del formulario y Marca del formulario)	Sí	Sí
	Kaiser Permanente Senior Advantage (001)	Southern California Plan 1	\$60	Red	\$20	\$10 Copago Límite Anual (combinación - Genérica del formulario y Marca del formulario)	Sí	Sí

California (continuación)

Información de la Compañía	Nombre del Plan	Área de Servicio	Prima Mensual*	Opción del Médico**	Copago al PCP	Cobertura de Medicinas Recetadas ***	Exámenes Físicos de Rutina	Servicios de la Vista
Universal Care Health Advantage (H0538) 1-800-635-6668 ext. 4019 Aprobado por Medicare Plan de salud administrado Clasificación no disponible	Universal Care Health Advantage (001)	Universal Care Health Advantage - LA	\$0	Red	\$10	\$8 Copago Ilimitado	Sí	Sí
	Universal Care Health Advantage (002)	Universal Care Health Advantage - Orange County	\$25	Red	\$10	\$8 Copago Ilimitado	Sí	Sí
	Universal Care Health Advantage (003)	Universal Care Health Advantage- Kern County	\$60	Red	\$10	\$8 Copago Ilimitado	Sí	No
Secure Horizons Medicare+Choice Plan (H0543) 1-800-228-2144 Aprobado por Medicare Plan de salud administrado 40% de los miembros clasificaron a los servicios recibidos como los mejores	Secure Horizons Standard Plan I (019)	Kern County	\$55	Red	\$10	\$9 Copago Ilimitado	Sí	No
	Secure Horizons Standard Plan I (001)	Los Angeles County	\$0	Red	\$10	\$9 Copago Ilimitado	Sí	Sí
	Secure Horizons Standard Plan II (065)	Los Angeles County (II)	\$25	Red	\$10	\$9 Copago Ilimitado	Sí	Sí
	Secure Horizons Standard Plan I (004)	Orange County	\$20	Red	\$10	\$9 Copago Ilimitado	Sí	Sí
	Secure Horizons Standard Plan I (007)	Riverside County	\$30	Red	\$10	\$9 Copago Ilimitado	Sí	Sí
	Secure Horizons Standard Plan I (050)	San Bernardino County	\$30	Red	\$10	\$9 Copago Ilimitado	Sí	Sí
	Secure Horizons Standard Plan I (013)	San Diego County (I)	\$40	Red	\$10	\$9 Copago Ilimitado	Sí	Sí

California (continuación)

Información de la Compañía	Nombre del Plan	Área de Servicio	Prima Mensual*	Opción del Médico**	Copago al PCP	Cobertura de Medicinas Recetadas ***	Exámenes Físicos de Rutina	Servicios de la Vista
Secure Horizons Medicare+Choice Plan (continuación)	Secure Horizons Standard Plan III (060)	San Diego County (III)	\$60	Red	\$10	\$9 Copago Ilimitado	Sí	Sí
	Secure Horizons Standard Plan I (049)	San Luis Obispo County	\$75	Red	\$15	\$9 Copago Ilimitado	Sí	No
	Secure Horizons Standard Plan I (032)	Santa Barbara County	\$75	Red	\$15	\$9 Copago Ilimitado	Sí	No
	Secure Horizons Standard Plan I (022)	Ventura County	\$65	Red	\$10	\$9 Copago Ilimitado	Sí	No
Inter Valley Health Plan (H0545) 1-800-500-7018 Aprobado por Medicare Plan de salud administrado 45% de los miembros clasificaron a los servicios recibidos como los mejores	Service To Seniors (001)	Los Angeles County	\$0	Red	\$10	\$9 Copago Ilimitado	Sí	Sí
	Service To Seniors (005)	Riverside County	\$50	Red	\$10	\$10 Copago Límite Trimestral (en general)	Sí	Sí
	Service To Seniors (002)	San Bernardino County	\$30	Red	\$10	\$10 Copago Límite Trimestral (en general)	Sí	Sí

California (continuación)

Información de la Compañía	Nombre del Plan	Área de Servicio	Prima Mensual*	Opción del Médico**	Copago al PCP	Cobertura de Medicinas Recetadas ***	Exámenes Físicos de Rutina	Servicios de la Vista
Health Net Of CA (H0562) 1-800-275-4737 Aprobado por Medicare Plan de salud administrado 43% de los miembros clasificaron a los servicios recibidos como los mejores	Health Net Seniority Plus (031)	Kern County	\$60	Red	\$15	\$10 Copago y/o 50% Coseguro Ilimitado	Sí	Sí
	Health Net Seniority Plus (002)	Los Angeles	\$0	Red	\$15	\$10 Copago y/o 50% Coseguro Ilimitado	Sí	Sí
	Health Net Seniority Plus (032)	Orange county	\$0	Red	\$15	\$10 Copago y/o 50% Coseguro Ilimitado	Sí	Sí
	Health Net Seniority Plus (041)	Riverside County	\$40	Red	\$15	No	Sí	Sí
	Health Net Seniority Plus (042)	San Bernardino County	\$40	Red	\$15	No	Sí	Sí
	Health Net Seniority Plus (012)	San Diego county	\$20	Red	\$15	\$10 Copago y/o 50% Coseguro Ilimitado	Sí	Sí
	Health Net Seniority Plus (040)	San Diego, CA	\$60	Red	\$15	\$10 Copago y/o 50% Coseguro Ilimitado	Sí	Sí
	Health Net Seniority Plus (017)	Santa Barbara	\$80	Red	\$15	\$10 Copago y/o 50% Coseguro Ilimitado	Sí	Sí

California (continuación)

Información de la Compañía	Nombre del Plan	Área de Servicio	Prima Mensual*	Opción del Médico**	Copago al PCP	Cobertura de Medicinas Recetadas ***	Exámenes Físicos de Rutina	Servicios de la Vista
Blue Cross of California (H0564) 1-866-256-3637 Aprobado por Medicare Plan de salud administrado Clasificación no disponible	Blue Cross Senior Secure (024)	Kern County - Gemcare/ Independence Network	\$50	En algunos casos puede ir fuera de la red	\$10	\$8 Copago Límite Anual (genérico)	Sí	Sí
	Blue Cross Senior Secure (007)	Kern County, Heritage Network	\$30	En algunos casos puede ir fuera de la red	\$10	\$8 Copago Límite Anual (genérico)	Sí	Sí
	Blue Cross Senior Secure (004)	Los Angeles County	\$0	En algunos casos puede ir fuera de la red	\$5	\$8 Copago Límite Anual (genérico)	Sí	Sí
	Blue Cross Senior Secure (005)	Orange County	\$25	En algunos casos puede ir fuera de la red	\$5	\$8 Copago Límite Anual (genérico)	Sí	Sí
	Blue Cross Senior Secure (006)	Riverside and San Bernardino Counties	\$0	En algunos casos puede ir fuera de la red	\$10	\$8 Copago Límite Anual (genérico)	Sí	Sí
	Blue Cross Senior Secure (009)	San Diego County	\$30	En algunos casos puede ir fuera de la red	\$10	\$8 Copago Límite Anual (genérico)	Sí	Sí
	Blue Cross Senior Secure (003)	Santa Barbara County	\$75	En algunos casos puede ir fuera de la red	\$10	\$8 Copago Límite Anual (genérico)	Sí	Sí
	Blue Cross Senior Secure (008)	Ventura County	\$85	En algunos casos puede ir fuera de la red	\$5	\$8 Copago Límite Anual (genérico)	Sí	Sí

California (continuación)

Información de la Compañía	Nombre del Plan	Área de Servicio	Prima Mensual*	Opción del Médico**	Copago al PCP	Cobertura de Medicinas Recetadas ***	Exámenes Físicos de Rutina	Servicios de la Vista
Kaiser Foundation Health Plan, Inc. (H6050) Número de teléfono no disponible Información no disponible Plan de salud administrado Disponible sólo para los miembros Clasificación no disponible	No Disponible	No Disponible	No Disponible	No Disponible	No Disponible	No Disponible	No Disponible	No Disponible
UHP Healthcare for Seniors (H9016) 1-310-671-3465 ext. 3388 Aprobado por Medicare Plan de salud administrado 43% de los miembros clasificaron a los servicios recibidos como los mejores	UHP Healthcare for Seniors (002)	UHP Healthcare for Seniors	\$0	Red	\$10	\$10 - \$50 Copago Límite Mensual (en general)	Sí	No
SCAN(tm) Health Plan (H9104) 1-800-559-3500 Aprobado por Medicare Plan de salud administrado 35% de los miembros clasificaron a los servicios recibidos como los mejores	SCAN Health Plan (006)	SCAN Los Angeles County	\$0	Red	\$10	\$10 Copago Ilimitado	Sí	Sí
	SCAN Health Plan (007)	SCAN Orange County	\$45	Red	\$10	\$10 Copago Ilimitado	Sí	Sí
	SCAN Health Plan (008)	SCAN Riverside County	\$55	Red	\$10	\$10 Copago Ilimitado	Sí	Sí
	SCAN Health Plan (009)	SCAN San Bernardino County	\$55	Red	\$10	\$10 Copago Ilimitado	Sí	Sí

**DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS
HUMANOS DE LOS ESTADOS UNIDOS**
Centros de Servicios de Medicare y Medicaid
7500 Security Boulevard
Baltimore, MD 21244-1850

Asunto oficial

Penalidad por uso privado, \$300

Publicación No. CMS-10050-S

Septiembre 2002

Medicare & You 2003 (sp)

Para conseguir copia de este manual en audiocassette (inglés y español), en Braille, (solamente en inglés), Letra Grande (inglés y español), llame gratis al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Busque en www.medicare.gov en la Internet, o llame gratis al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para conseguir ayuda con sus preguntas sobre Medicare.

Do you need a copy of this handbook in English? Please call 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). TTY users should call 1-877-486-2048.